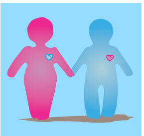




Quand insérer ?



Avant	Quand*
Pas de contraception	J1-5
OP (pilule, patch)	Suivant la prise du dernier cp ou retrait
Progestatif oral	N'importe quand
Implanon / SIU	Le jour du retrait
IVG	Le jour de l'IVG
Post-partum > 2e trim	J21-J28
Allaitement	≥ J28

* Sinon protection ≥ 7 jours





Le « rouleau de printemps de la Creuse »

Contraception

La sécurité et l'efficacité ont été établies chez les femmes entre 18 et 40 ans.[1]

Nexplanon® n'est pas une contraception de 1ère intention.

Nexplanon® peut être recommandé aux femmes ayant une contre-indication* ou une intolérance aux contraceptifs estroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance aux pilules.[2]

Un accident thromboembolique veineux évolutif est une des contre-indications de Nexplanon®

Résumé des Caractéristiques du Produit Nexplanon®

Avis de la Commission de la Transparence

Contraception

La sécurité et l'efficacité ont été établies chez les femmes entre 18 et 40 ans.[1]

Nexplanon® n'est pas une contraception de 1ère intention.

Nexplanon® peut être recommandé aux femmes ayant une contre-indication* ou une intolérance aux contraceptifs estroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance aux pilules.[2]

Un accident thromboembolique veineux évolutif est une des contre-indications de Nexplanon®

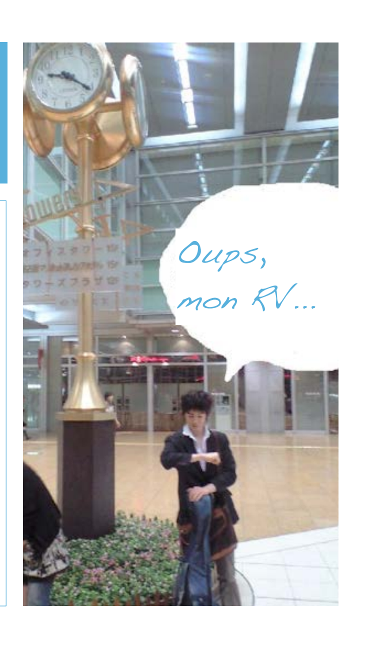
Résumé des Caractéristiques du Produit Nexplanon®

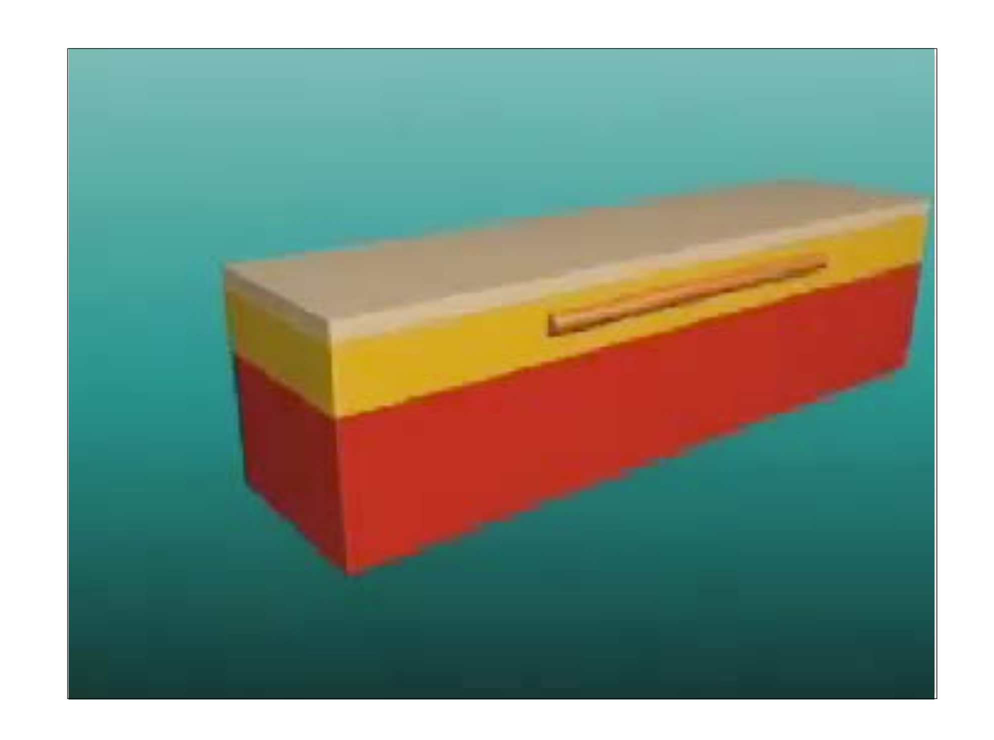
Avis de la Commission de la Transparence



2 minutes de bonheur

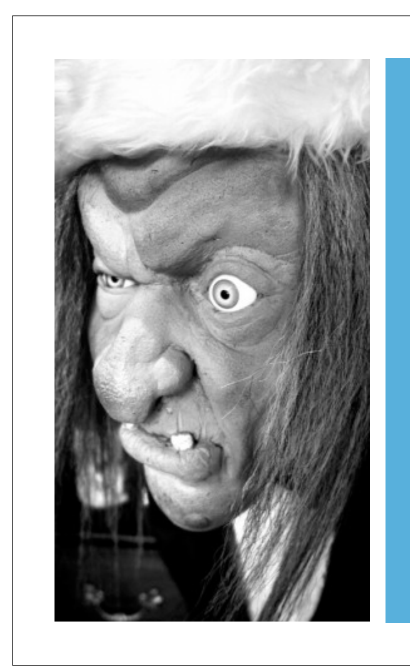
- Temps moyen observé sur une étude multicentrique (Mommers E. Am J Obstet Gynecol 2012).





Blandine





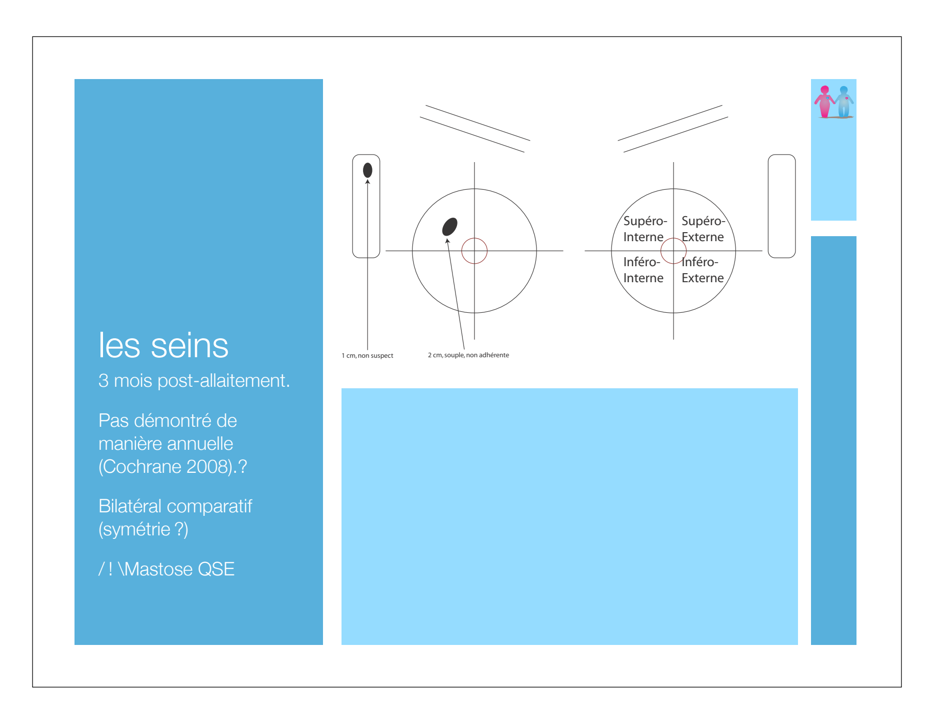
Pas peur du retrait...

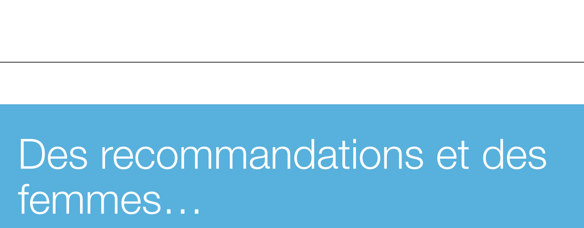
Pas peur de la pose !

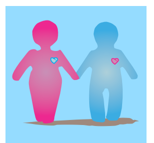
Pas peur de le proposer !

Pas peur de l'essayer !



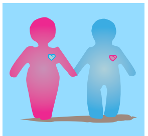






Société savante	Recommandations
HAS 2014	Annuel à partir de 25 ans si pas de facteur de risque
GECSSP (Canada)	Non recommandé
American Cancer Society (Etats-Unis)	Tous les 3 ans entre 20 et 40 ans Tous les ans à partir de 40 ans
NICE (Royaume Uni)	Tous les 3 ans entre 20 et 40 ans Tous les ans à partir de 40 ans
Cochrane 2008	Non recommandé

Pourquoi c'est difficile…



- Aucune étude n'a montré une baisse de la mortalité par la mise en place d'examen des seins [1, 2]
- Faux positifs => imagerie + biospie complémentaire
  - Conséquences psychologiques (anxiété, dépression…)
  - Surdiagnostic (5 à 11 %) [3]
  - Surtraitement et ses conséquences
- Faux négatifs => retard diagnostic éventuel

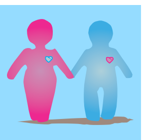
[1] Nelson HD. Update for the US Preventive Services Task Force 2009. [2] Sankaranarayanan R. J Natl Cancer Inst. 2011. [3] Marmot MG. Lancet 2012.

Les seins



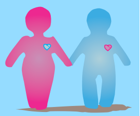
- Assise puis allongée
- Bras pendant puis levé
- Inspection cutanée
    - Position des mamelons
    - Rétraction (récente ?)
- Palpation
    - Main à plat
    - Rouler sur le gril costal
    - Quadrant par quadrant

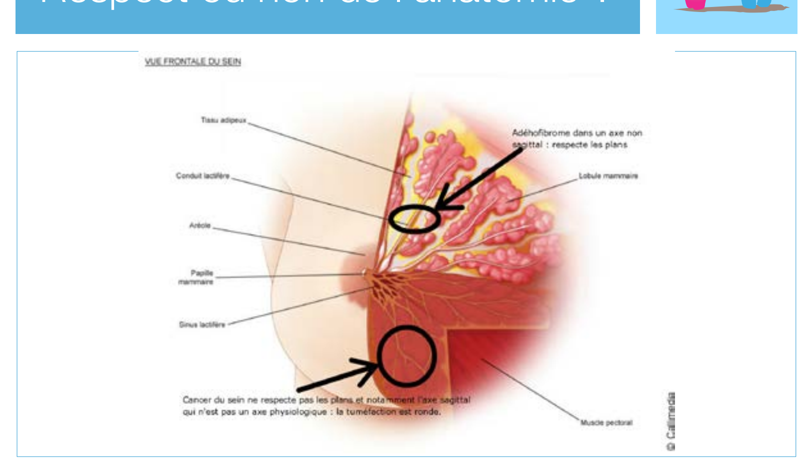
Les seins



	Mauvais Pronostic	Bon pronostic
Multiplicité	Unique	Multiple
Latéralité	Unilatéral	Bilatéral
Topographie	QSE	Autre Quadrant
Forme	Arrondi	Ovalaire
Limites	Floues	Nettes
Axe	Sagittal	Autre axe
Consistance	Dur	Rénitent, souple
Sensibilité	Non douloureux	Douloureux
Peau en regard	Adhérente	Souple

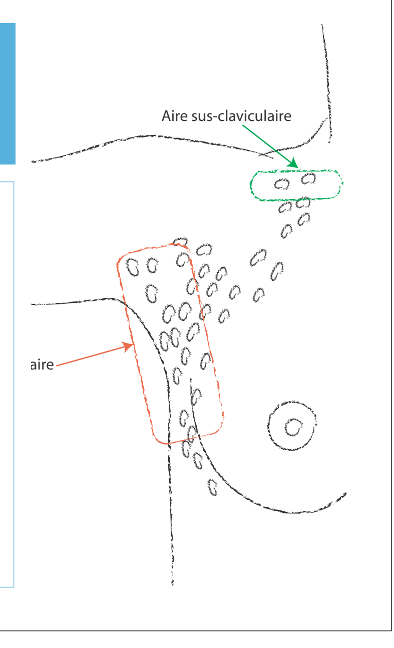
Respect ou non de l'anatomie ?

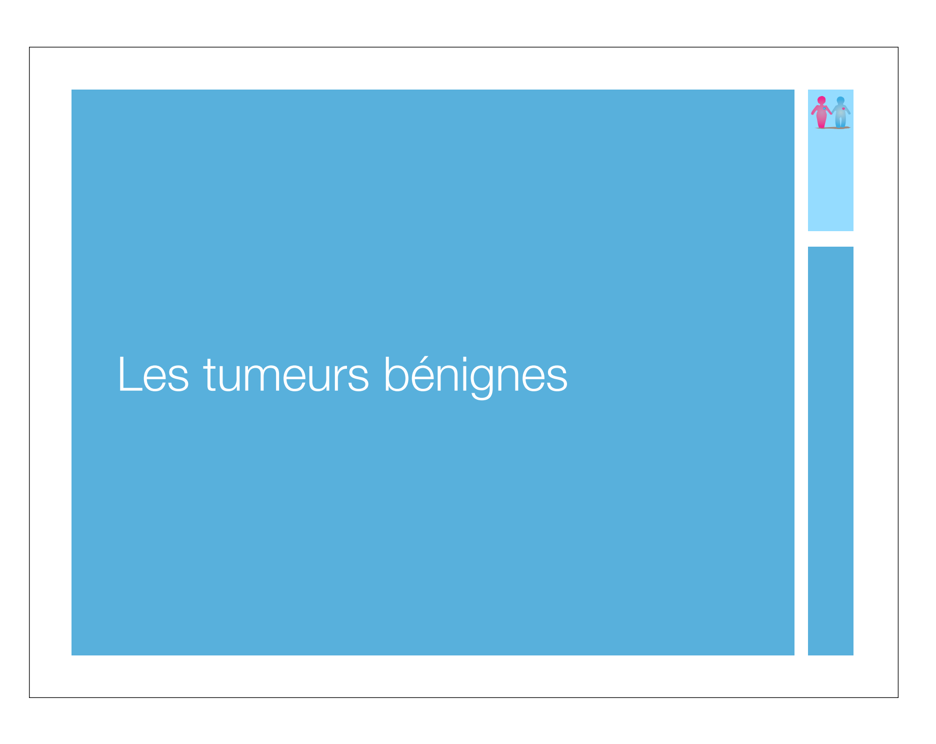




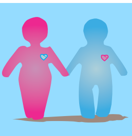
Les aires ganglionnaires

- Si bien fait : adénopathies fréquentes !
    - Non suspectes ++
- Patiente assise bras sur les épaules du praticien
- Doigt en crochet dans le creux
    - Doucement ++



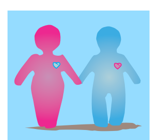


Les tumeurs bénignes



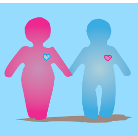
Adénofibromes

- Dans tous les seins... de taille variable
- Evolution rarissime vers un cancer (ou cancer envahissant ?)
- CAT : Chirurgie si symptomatique.
    - Surveillance en fonction du bilan sénologique



Tumeur phyllode

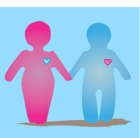
- 1% des tumeurs du sein
- Arrondie ferme indolore.
- Echographie ou mammographie ≈ fibroadénome.
- Différence histologique
- Risque de récidive locale ou de métastase sarcomateuse.
- Chirurgie souhaitable



Hamartome

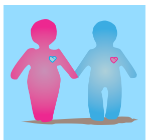
- Sein dans un sein...
- Rien de spécial.

La mammographie



- De 50 à 74 ans
- Tous les 2 ans
- 2 clichés par sein
- Double lecture (organisé)

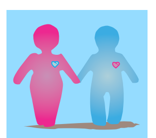
Pourquoi ce n'est pas facile…



- A doublé le dépistage des stades précoces : 112 à 232 / 100 000 femmes par an [1]
  - ↘ stades tardif de 8 % : 102 à 94 cas / 100 000.
  - Surdiagnostic +++ (dépistage qui ne donneront jamais aucun signe clinique) : 31 % de tous les cancers diagnostiqués.
- Au mieux, faible impact sur le taux de mortalité par cancer du sein.
  - Mais pas de diminution globale de la mortalité chez les populations à bas risque [2]

[1] Bleyer A. N Engl J Med 2012. [2] Biller-Andorno N. N Engl J Med 2014

A 40 ans

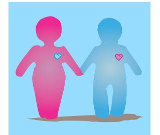


- Annuelle si risque > 2 jusqu'à 50 ans [1,2]

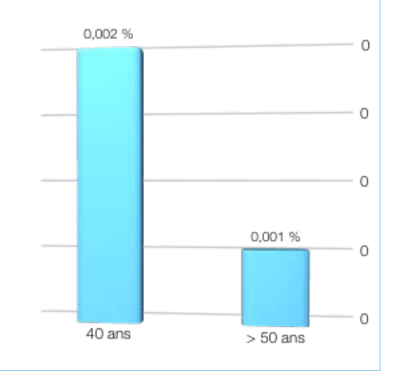
Facteurs	RR	IC
ATCD 1er degré x 3	12,05	[1,70 - 55,16]
ATCD 1er degré x 2	3,84	[2,37 - 6,22]
ATCD du 1er degré < 40	3	[1,8 - 4,9]
Sein très dense	2,04	[1,84 - 2,26]
ATCD du 1er degré 40 à 49 ans	2	[1,5 - 2,8]
ATCD du 1er degré > 60	1,7	[1,3 - 2,1]
ATCD du 2e degré	1,7	[1,4 - 2,0]
Mastopathie bénigne (mastose)	1,62	[1,51 - 1,75]
ATCD biopsie à l'aiguille du sein	1,51	[1,36 - 1,67]
Contraception orale en	1,3	[1,13 - 1,49]
Primipare ≥ 30 ans vs <	1,2	[1,02 - 1,42]
Nullipare vs Multi	1,16	[1,04 - 1,26]

van Ravesteyn NT. Ann Intern Med 156:609, 2012. Nelson HD. Ann Intern Med 156:635, 2012.

La mammographie n'est pas neutre : le cancer radio-induit [1]

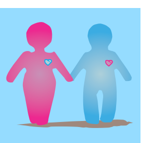


- Il n'est pas non plus fréquent :
  - 40 ans : 1/47 000 examen
  - 50 ans : 1/175 000 examen



[1] Hendrick RE. Am J Roentgenol. 2012.

Classification ACR

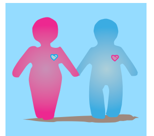


0	Catégorie adoptée dans l'attente d'un avis ou d'examen d'imagerie complémentaires.
1	Mammographie normale
2	Présence d'anomalies bénignes ne nécessitant pas d'investigations complémentaires (adénofibrome, kyste, lipome, macrocalcifications…)
3	Présence d'une anomalie probablement bénigne nécessitant une surveillance à court terme ou une biopsie (microcalcifications rondes, opacité bien circonscrite, asymétrie focale…)
4	Présence d'une anomalie indéterminée ou suspecte nécessitant une vérification histologique (microcalcifications punctiformes, microcalcifications pulvérulentes, image spiculée...)
5	Présence d'une anomalie évocatrice de cancer (microcalcifications vermiculaires, microcalcifications groupées, opacité spiculée à centre dense…)

Infections génitales basses

Leur Traitement, limites de prescription SF, récidivantes…

Les germes



- Trichomonas : 4-35 %
- Candida albicans : 17-39 %
    - Pathogénie : réponse trop agressive des PNN
- Vaginose bactérienne : 22-50 %
- Banal (7-72 %) : staphylocoque, colibacilles, proteus, autres entérobactéries...

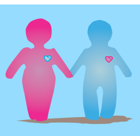


Trichomonas vaginalis

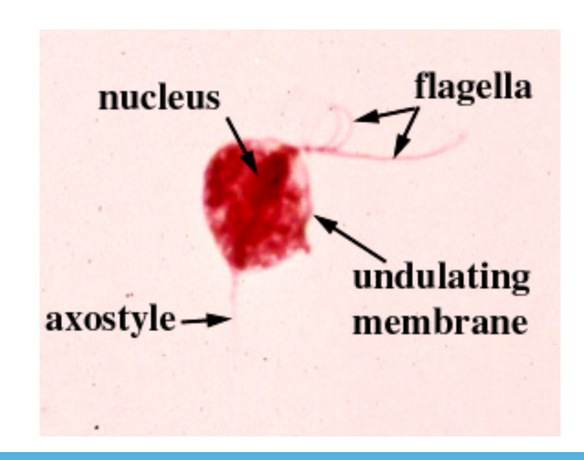


- Protozoaire flagellé.
- Infection vaginale primaire et rarement de l'endocol, urètre, gl. de Bartholin et de Skene.
- IST : retrouvé chez 80 % des partenaires
- FdR : Tabac, partenaires multiples, DIU

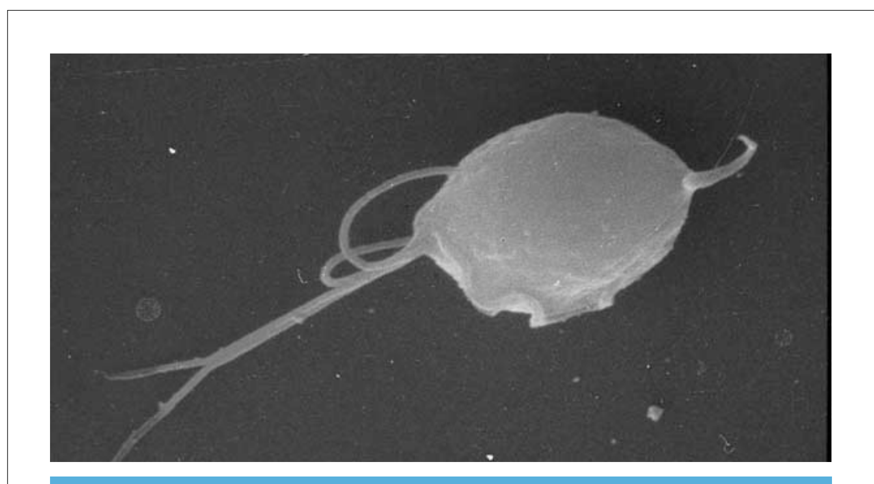
Trichomonas vaginalis



- Dans 85 % dans les pays en voie de développement (Jhonston AJ 2008).
- Plutôt chez les patientes plus âgées (≠ Chlamydiae...) (Helms DJ 2008).



Trichomonas



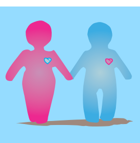
Trichomonas 3D

Vaginose Bactérienne



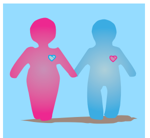
- 50 % des vaginites
- En cause : Gardnerella Vaginalis (coccobacille gram variable), Mobilincus sp., Mycoplasma Hominis, Peptostreptococcus sp, Atopobium vaginae, Leptotrichia amnionii, BVAB1, 2 et 3 (Fredericks DN. N Engl J Med 2005;353:1899-1911.).

Facteurs de risque



- Grossesse
- Tabagisme
- DIU
- Nouveau partenaire sexuel
- Hygiène : Douche vaginale uniquement
  - Pas la fréquence, le type de savon ou de sous-vêtement (Klebanoff MA,. Sex Transm Dis 2010;37(2):94-9.)...

Facteurs protecteurs



- Contraceptifs hormonaux, port de préservatif [1] (↘ pH ?)
- Taux élevés d’estrogènes [2]

[1] Bradshaw CS. Clin Infect Dis. 2013 [2] Wilson JD. Int J STD AIDS 2007;18:308-11

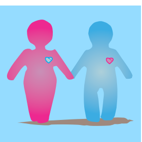
Clue cells

Candidoses



- Plusieurs espèces : C. albicans, C. glabrata, C. parapsilosis, C. krusei, C. Lusitaniae...
- Commensal chez 50 % des patientes
- Cause de vaginite fréquente

Facteurs de risque



- Contraception orale, DIU,
- Âge précoce du premier rapport, rapports fréquents, rapport oro-génitaux, diabète
- HIV, immunodéficience, antibiothérapie chronique,
- Grossesse
- Collants
- Protèges-slips (si mycose à répétition seulement) [1]

[1] Pontes AC. Int J Gynaecol Obstet 2014.

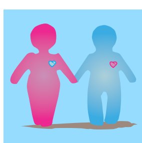
Le champignon en 3D...



Mycoplasme et Ureaplasma

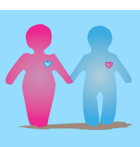
Les serpents de mer...

Combien



- Chez des patientes asymptomatiques :
  - 40 - 80 % Ureaplasma
  - 21 - 53 % Mycoplasma (Hominis, Genitalium)

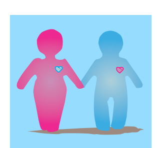
Leur Rôle



Pathologie	U. spp	M. Hom	M. Gen
Vaginose	±	±	-
Cervicite	-	-	+
Mal. Inflam. Pelvienne	-	+	+
Infertilité	±	-	±
Chorioamniotite	+	±	-
Fausse couche	+	±	-
Prématurité	+	-	-
RCIU	±	-	-
Endométrite du post-partum	+	+	-
Extragénital (arthrites...)	+	+	+

Waites, K. B., Katz, B., & Schelonka, R. L. (2005). Mycoplasmas and ureaplasmas as neonatal pathogens. Clin Microbiol Rev, 18(4), 757-789.

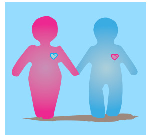
Mais



- Les antibiotiques n'ont pas d'efficacité sur l'accouchement prématuré en cas de découverte d'U. Urealyticum [1,2]
- Le traitement n'est pas démontré sur les conséquences foetales (pneumonies, bactériémies et méningites) Waites 2005

[1] Klein LL Am J Obstet Gynecol 2004, [2] Raynes Greenow CH Cochrane

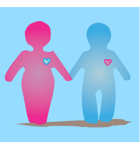
La Sérologie



- Pas assez immunogène pour être intéressante

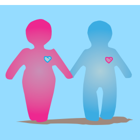
Waites, K. B., Katz, B., & Schelonka, R. L. (2005). Mycoplasmas and ureaplasmas as neonatal pathogens. Clin Microbiol Rev, 18(4), 757-789.

Les faux amis...



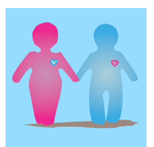
- Gonocoques et Chlamydia
  - Donnent des infections génitales hautes (QS)
  - Ne donnent probablement pas plus de leucorrhées...

La fréquence



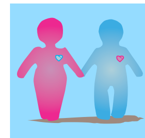
- Difficile à évaluer car : asymptomatiques +++, autodiagnostics, autoprescriptions inadéquates...
  - 5-15 % des symptomatologies gynécologiques "générales"
  - Jusqu'à 65 % des symptomatologies d'IST
- ++ Chez les afro-américains et - chez les asiatiques
- ++ Chez la femme jeune en âge de procréer

Morbidité (1)



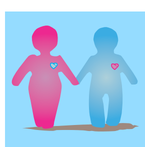
- ++ si récurrent : irritations chroniques, excoriations, cicatrices
  - ± altération de la fonction sexuelle
  - Peut favoriser la transmission d'IST dont HIV
- Peut générer un retentissement émotionnel ou psychosocial.

Morbidité (2)

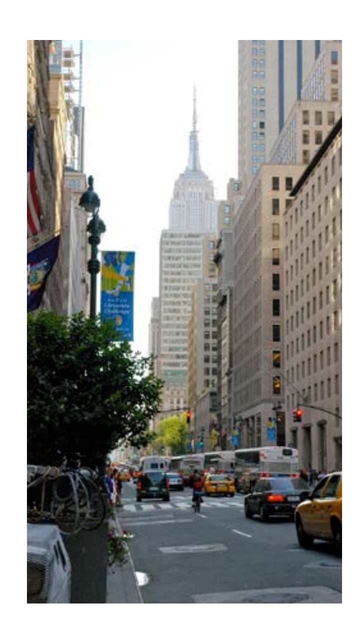


- Vaginose bactérienne (VB) peut se compliquer
  - d'une endométrite (risque x 2 en post-op),
  - d'une maladie inflammatoire pelvienne,
  - d'infection de cicatrices après chirurgie pelvienne.

Morbidité (3)



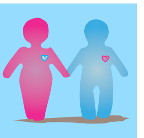
- VB et Trichomonas augmentent le risque pendant la grossesse de
  - Rupture précoce des membranes (RPM)
  - Menaces d'accouchement prématuré (MAP)
  - Accouchements prématurés
- Rôle du pH ? (Brown 2004)



Et maintenant la physiologie...

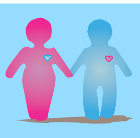
Pourquoi rien n'est simple

Les pertes normales



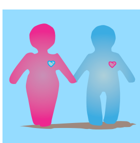
- 1-4 mL/24h
  - ↗ en milieu de cycle
- ± malodorantes
- ± symptomes irritatifs (prurit...)
- Pathogènes ± trouvés chez des patientes asymptomatiques...
- Gardnerella fait partie de la flore vaginale normale

Le Lactobacille



- Nourrit par le glycogène vaginal
  - Dépendant des estrogènes
- Produit de l'eau oxygénée
- Produit de l'acide lactique

Le vagin n’est pas statique

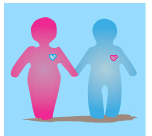


- Variations de la flore fonction du cycle menstruel, de la composition bactérienne initiale et de l’activité sexuelle.
- Sur une journée donnée 25% à 30 % des patientes ont une vaginose bactérienne (Gajer P et col. Sci Transl Med 2012).

L’entretien

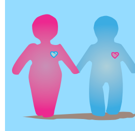
Leucorrhée, et alors...

Caractéristiques



- Quantité
- Couleur
- Consistance
- Odeur
- Signes associés...

La quantité



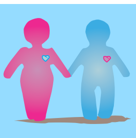
- Trichomonas : Abondant
- VB : Faible
- Candida : faible à abondant.

La couleur



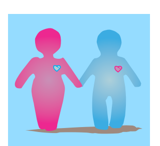
- Trichomonas : blanc, gris, jaune ou vert si leucocytes.
  - Vert peu sensible mais très spécifique.
- VB : blanc-gris
- Candida : blanc

La consistance



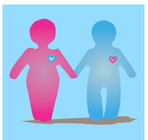
- Trichomonas : Normale
- VB : Homogène
- Candida : Epais (lait caillé)

Odeur



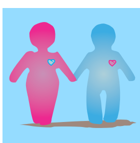
- Trichomonas : “plâtre frais”
- VB : malodorant (poisson, fromage...)
  - Se = 78 %, Sp = 75 %
- Candida : inodore

Signes associés



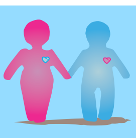
- Trichomonas : 20-50 % asymptomatique... 20 % de dysurie, 25% de prurit, ± hémorragie post-coïtale (cervicite)
- VB : rares (douleurs vaginales, irritations vulvaires)
- Candida :
  - Prurit (70-90 %), dyspareunies
  - Association ++ avec vulvite (érythème, brûlures, brûlures mictionnelles, dyspareunies)

A rerchercher par ailleurs



- Episodes similaires anciens et traitements
- ATCD d'IST et changement de partenaire
- Moyen de contraception (préservatif, DIU), date des dernières règles
- Toilette vulvaire, douche vaginale ?
- Antibiotiques de prise récente ?
- ATCD médicaux, signes généraux...

Cependant

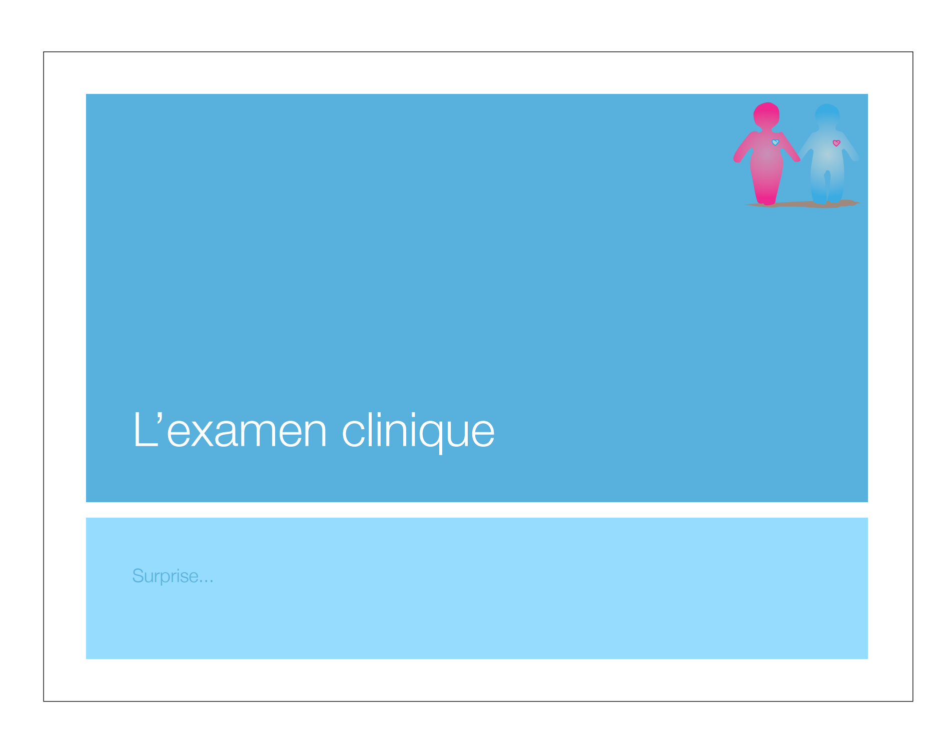


- La description des leucorrhée n'apporte rien de spécial (Matthew 2004) sauf
  - Un aspect caillé plus en faveur d'une mycose
  - Un aspect liquidien plus en faveur des autres causes...



Faire le diagnostic

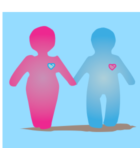
Même si 30 % des patientes n'en auront pas



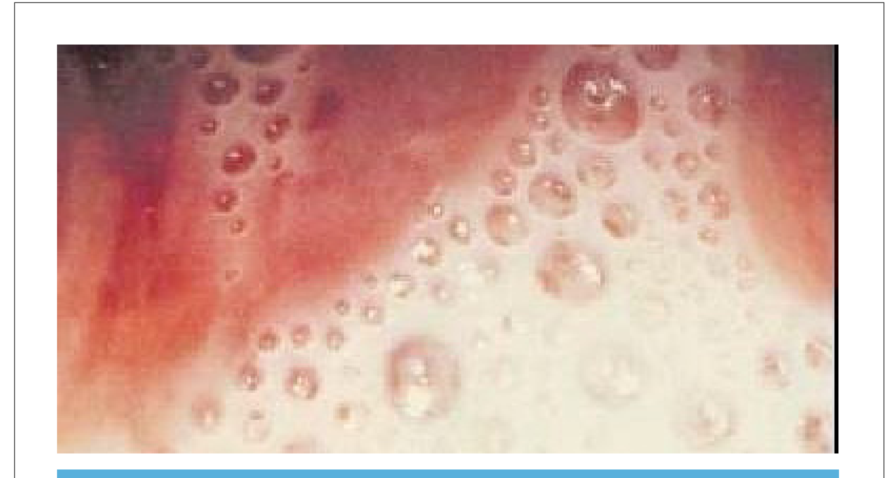
L'examen clinique

Surprise...

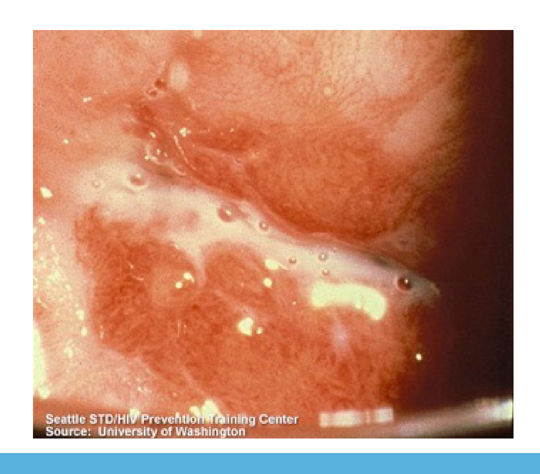
Trichomonas



- Vulve ± érythémateuse, oedémaciée, excoriations
- Leucorrhées homogènes de couleur variable
- Colpite ponctuée (2-5 %) ± hémorragies vaginales



Leucorrhées spumeuses



Colpite

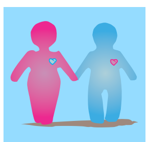


Colpite ponctuée



Ulcérations

Critères diagnostiques de la VB

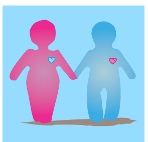


- 3 éléments sur 4 suivants (critères d'Amsel) :
  - Leucorrhées homogènes, blanches adhérentes
  - pH vaginal > 4,5
  - Sniff test positif
  - Clue cells à l'examen sur lame

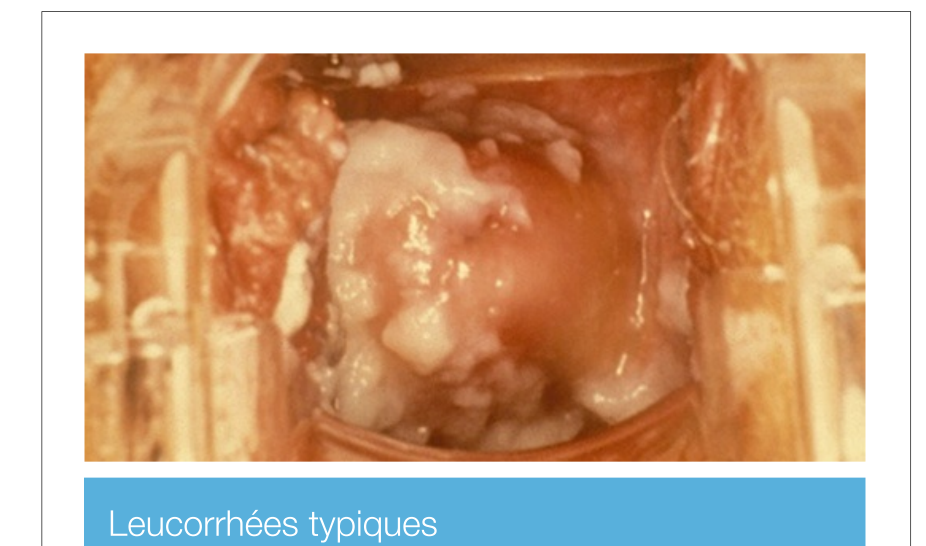


Leucorrhées épaisses

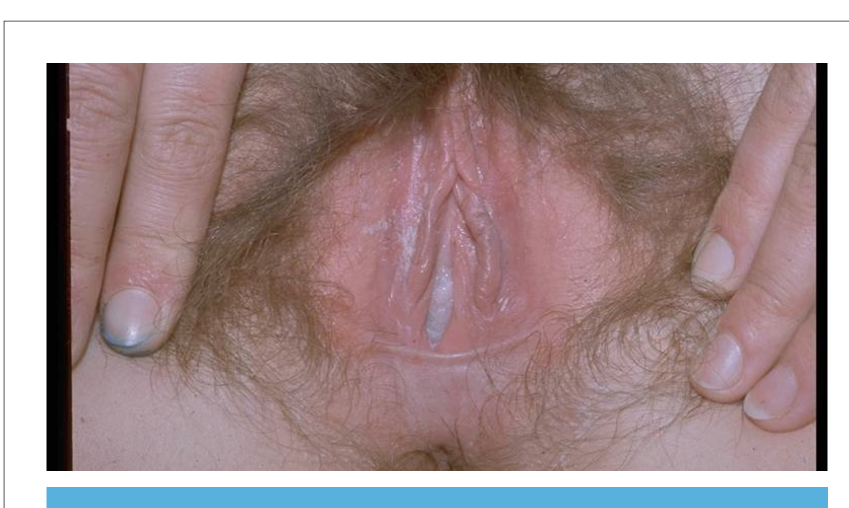
Candida albicans



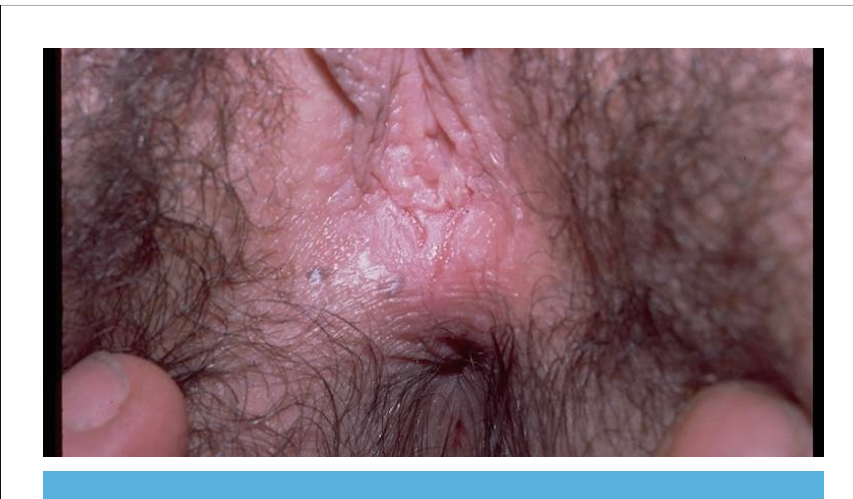
- Erythème et oedème des lèvres avec des lésions satellites (papulo-pustules)
- Erythème vaginal
- Leucorrhées épaisses, adhérentes, caillebottées.
- Col d'aspect normal



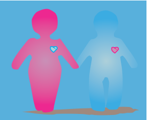
Leucorrhées typiques



Erythème, vernissé et leucorrhées

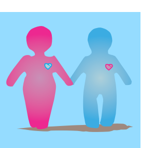


Fissures



Les diagnostics différentiels

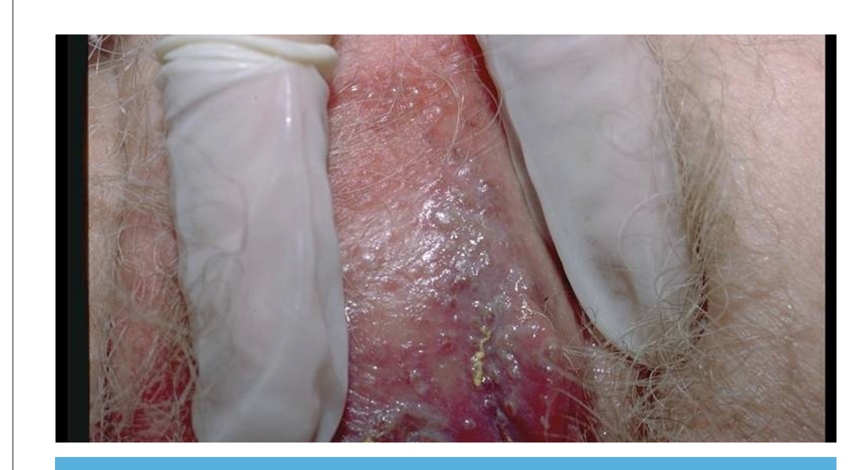
D'origine infectieuse



- Cervicites à C. Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, Trichomonas Vaginalis, HSV, HPV...
- Primo-infection ou récurrence à Herpes Simplex Virus 1 ou 2
- Cystites, Zona...

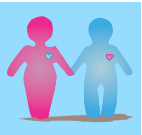


Herpes

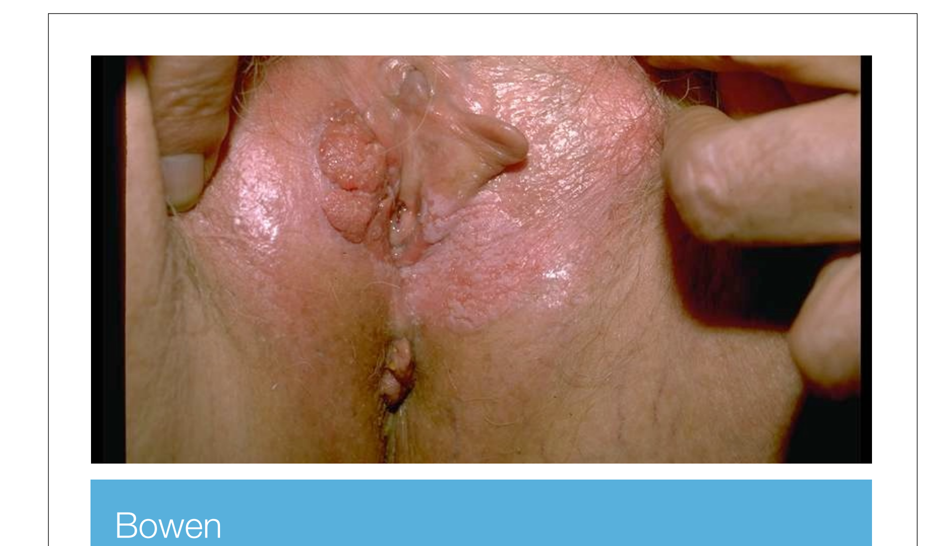


Zona

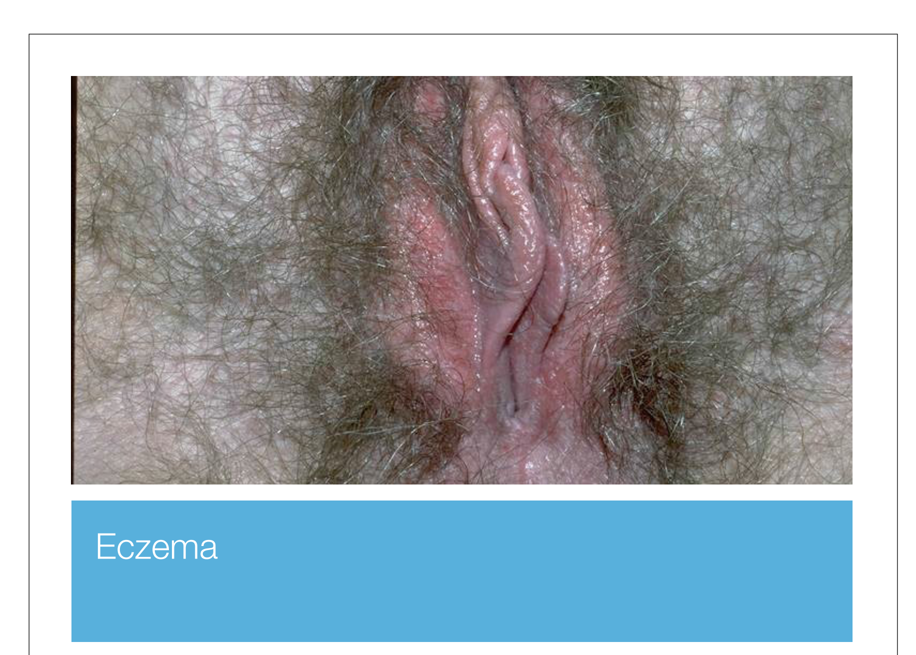
D'origine dermatologique



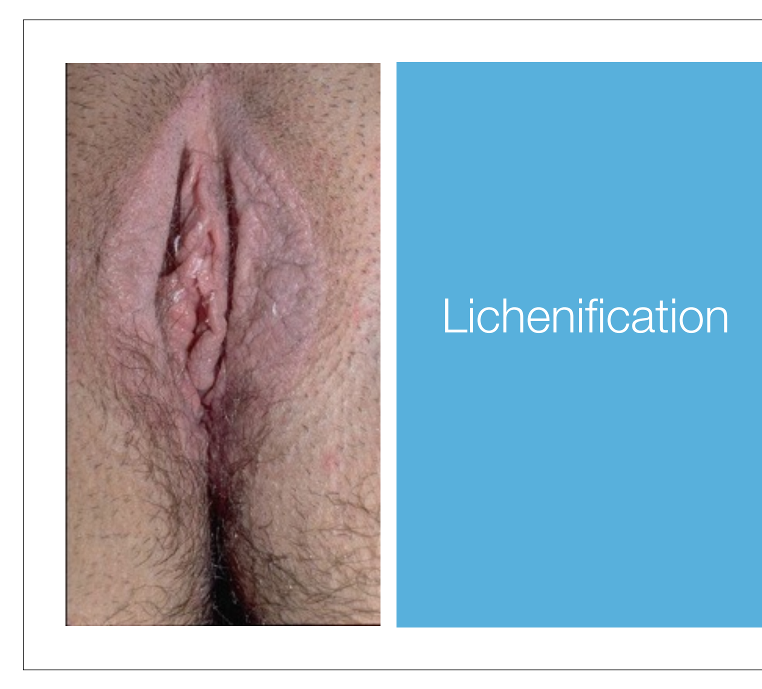
- Maladie de Paget
- Eczéma de contact
- Lichen scléro-atrophique, lichénification
- Psoriasis
- Basocellulaire
- Pemphigus...



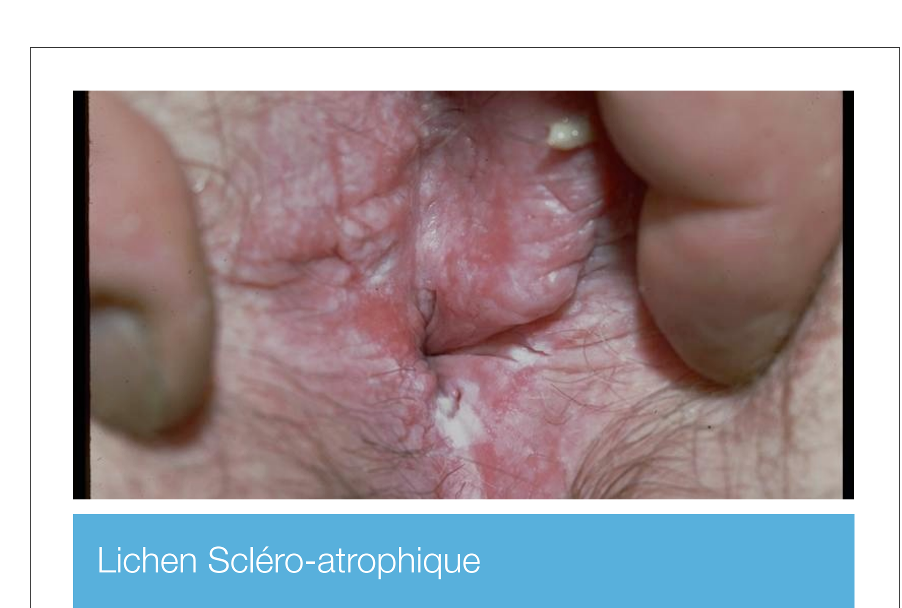
Bowen



Eczema

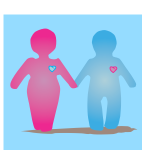


Lichenification



Lichen Scléro-atrophique

Pathologie vaginale



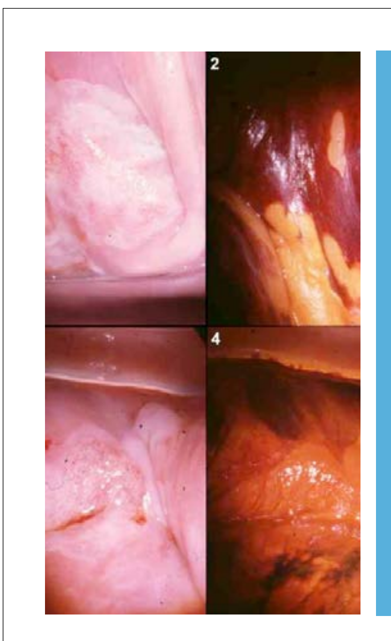
- Adénose vaginale
- Cancer du vagin
- Néoplasie Intraépithéliale Vaginale (VAIN)
- Ulcère vaginal



Adénose vaginale

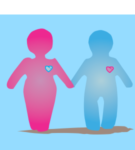


Ulcère vaginal

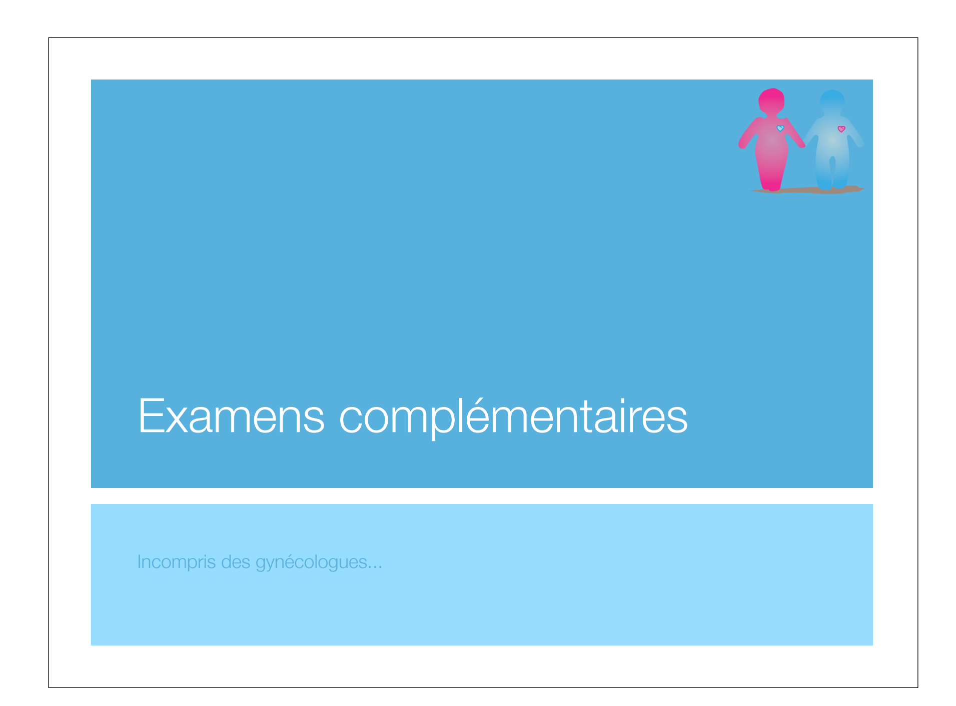


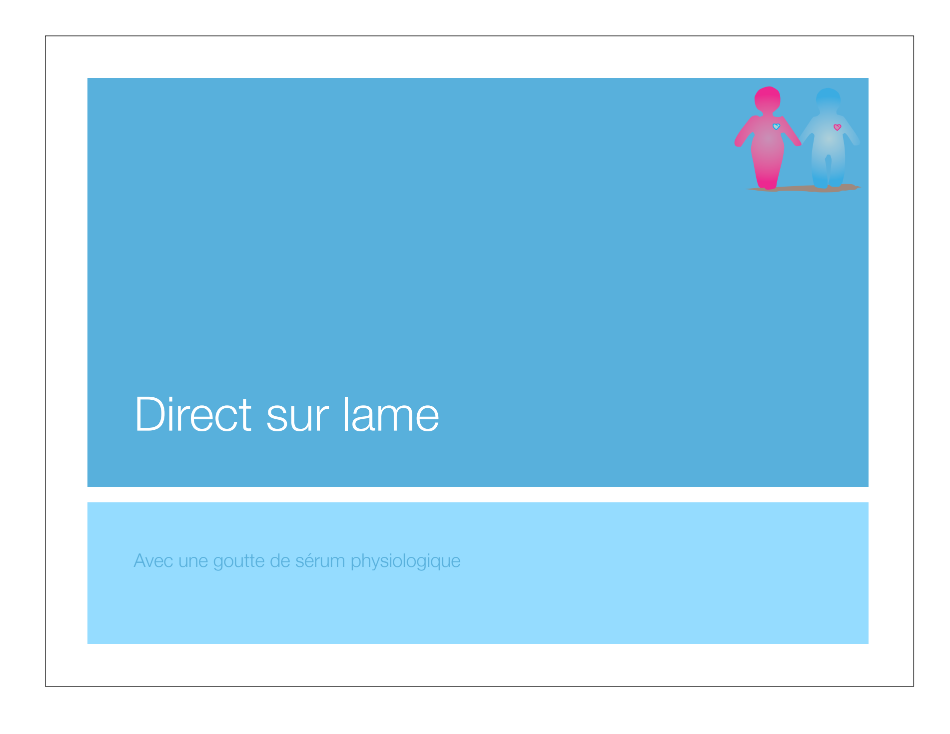
VAIN

Autres pathologies



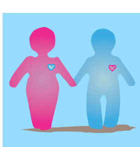
- Corps étranger
- Allergies au latex, au sperme, à des produits irritants
- Vaginite atrophique
- Leucorrhées physiologiques abondantes
- Ectropion cervical étendu





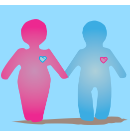


Pourquoi l'odeur



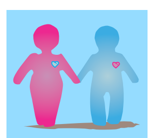
- Relargage d'amines aux doux noms de :
  - Putrescine
  - Cadaverine
  - Histamine
  - Trimethylamine

Trichomonas



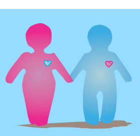
- /!\ Peut être positif...

Vaginose

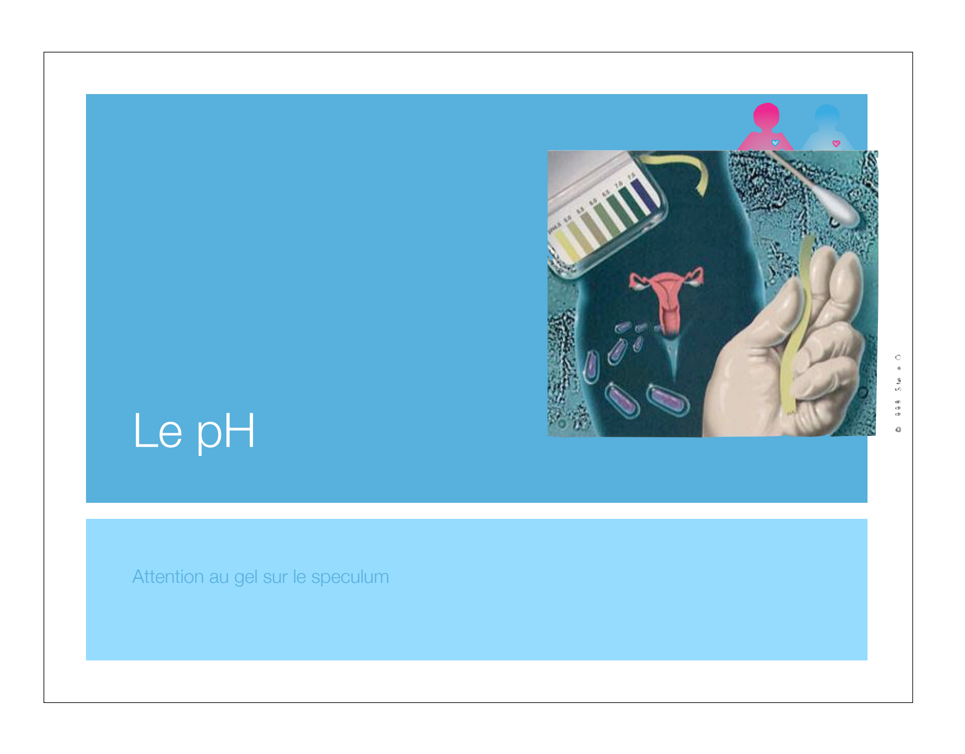


- Un des tests les plus spécifique mais...
- Le moins sensible

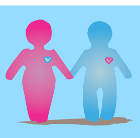
Mycoses



- Négatif
- 65-85 % de sensibilité

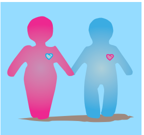


Les résultats



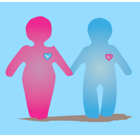
- Trichomonas : 5,0 - 7,0
- Vaginose : 5,0 - 6,0
- Candidose : < 4,5
  - Se = 59-96 %, Sp = 23 %
- Si pH > 4,5 => infection à T. Vaginalis ou Vaginose
  - Se = 84-97 % Sp = 57-78 %

Mais attention...



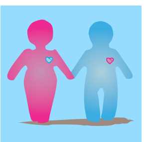
- N'est pas valable si
  - Rapport récent
  - Douche vaginale
  - Glaire cervicale
  - Sang...

Prélèvement vaginal ?



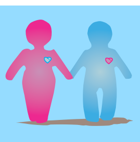
- Trichomonas : OUI si doute IST
- Vaginose : NON
  - 40 % de Gardnerella chez les femmes asymptomatiques
  - Micro-organismes récents ne peuvent être mis en culture (Crowley T. Sex Transm Infect 1998;74(3):228.).
- Candida : Peut-être (/!\ commensal)

au dépistage le praticien !



- Les barrières :
  - Connaissances insuffisantes sur les IST et leur prise en charge (Boekeloo BO, Am J Pub Health 1991).
  - Manque de confiance et inconfort à aborder ces sujets (Hansen L, AIDS Patient Care STDS. 2005)
  - Mauvaise perception du risque (Bluespruce J, AIDS Patient Care STDS 2001)
  - Temps manquant (Ashton MR Sex Transm Dis 2002).
  - Faible confiance dans l'intérêt du «counseling» (Mc Nulty CA, Sex Transm Dis 2004)

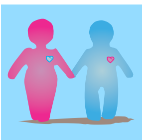
Facteurs de risque IST les 5 «P»



- Partenaires : nombre depuis les 3 derniers mois
- Protection grossesse : contraception
- Précautions IST : préservatif
- Pratiques sexuelles
- Passé : antécédents d'IST

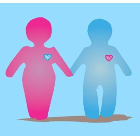
Workowski KA, et al. MMWR Recomm Rep. 2010;59:1-110

Les mots pour le dire...



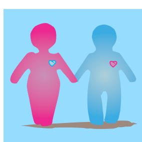
- *«Quelle est votre contraception ?» (hétéro ?)*
- *«Pouvez vous me dire si vous avez changé de partenaire dans les 2 derniers mois»*
- *«Pour pouvoir mieux choisir les prélèvements à faire j'ai besoin d'évaluer votre risque d'infection sexuellement transmissible»*

Les patientes a risque



- IST en cours
- Antécédent d'IST dans les 12 derniers mois
- Partenaires multiples
- Rapports non monogames dans des groupes à fort taux d'IST

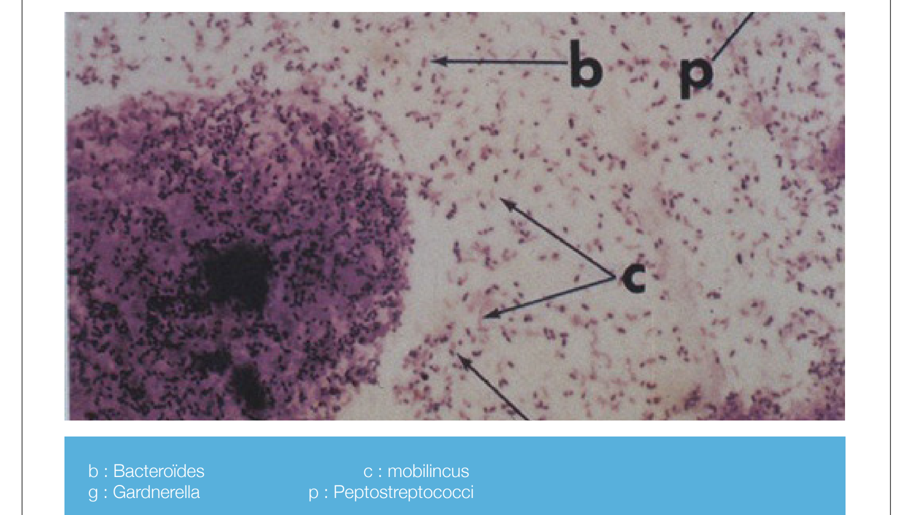
score de Nugent : Le « gold « standard » [1]



Score	Lactobaciles	Gardnerella & Bacteroïdes	Mobilincus
0	++++	0	0
1	+++	+	+/++
2	++	++	+++/++++
3	+	+++	
4	0	++++	

Groupe 1	0-3	Flore normale
Groupe 2	4-6	Flore intermédiaire
Groupe 3	7-10	Vaginose

Tam MT. Infect Dis Obstet Gynecol 1998



b : Bacteroïdes c : mobilincus
g : Gardnerella p : Peptostreptococci

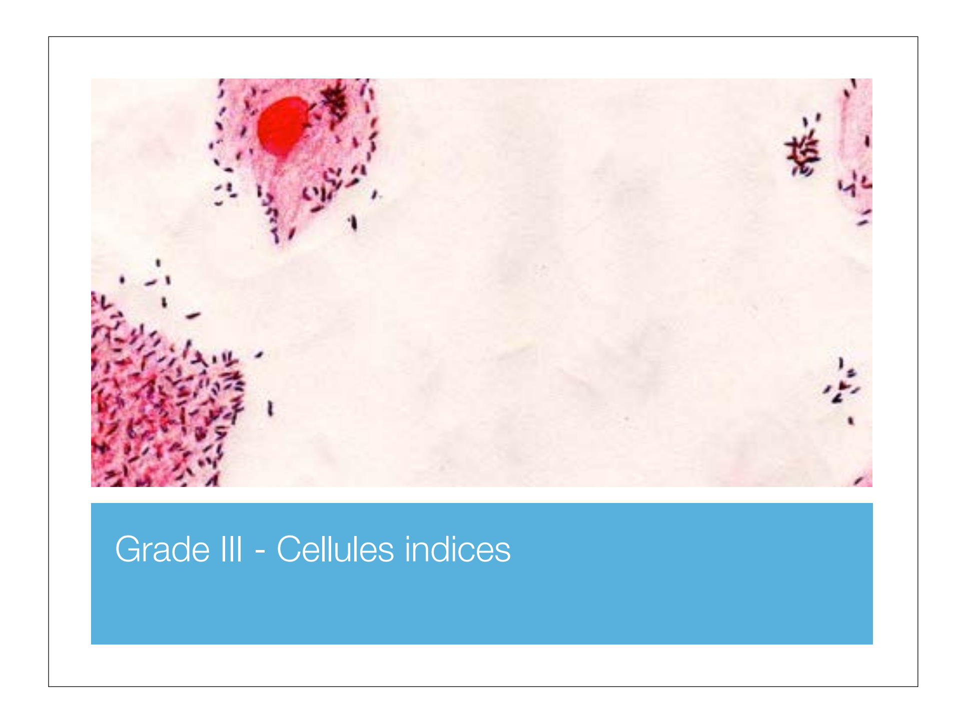
Critères d'Hay/Ison

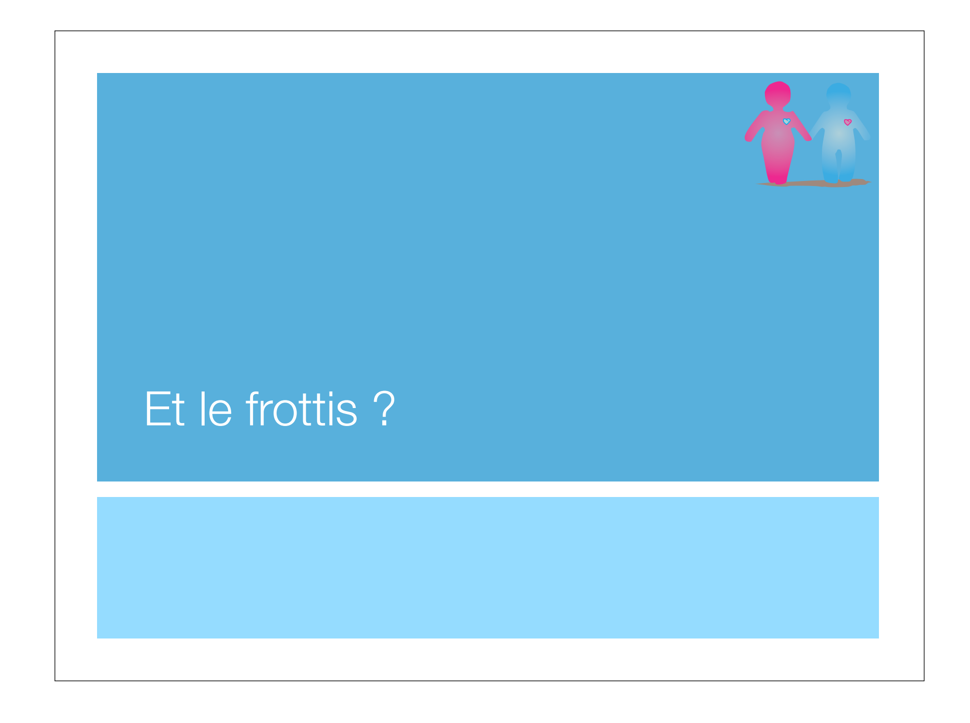
- Equivalent du Nugent (coloration Gram) + mesure du pH.
  - Grade I : flore normale
  - Grade II : flore intermédiaire (↘ lactobacilles, présence d'autres morphotypes)
  - Grade III : flore anormale (lactobacilles absents ou rares, nombre accru d'autres morphotypes)
- VB si Grade III ou Grade II + pH > 4,5

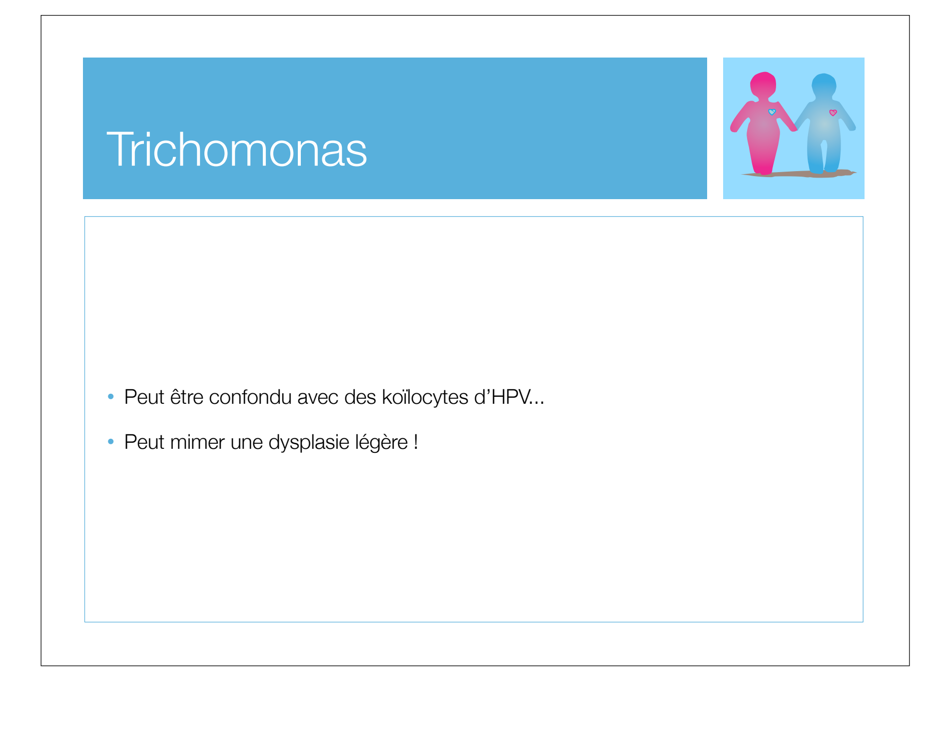


Grade I

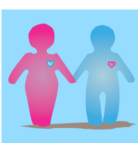

Grade II


Grade III - Cellules indices


Et le frottis ?

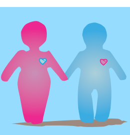

Trichomonas
Peut être confondu avec des koïlocytes d'HPV...
Peut mimer une dysplasie légère !

Vaginose bactérienne



- Peut créer inflammation et ASCUS...
- Pourrait être lié avec des CIN

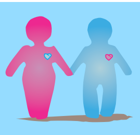
Mycose



- Si asymptomatique : pas de traitement (commensal)

Le traitement...

Trichomonas vaginalis



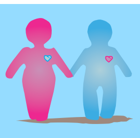
- Systémique (l'urètre, glandes de Skene et de Bartolin...) + PARTENAIRE(S)
- Métronidazole-Flagyl° de préférence :
  - Minute : 2 g
  - Classique : 500 mg x 2 pdt 7 jours
  - Récurrence : 2 g/j pdt 3-5 jours
- Secnol/Fasigyne

Trichomonas



- Si impossible (5% résistance):
  - Augmenter la dose (mais ↗ résistance)
  - Traitement topique par nonoxynol-9(spermicide)+ bétadine
  - Traitements oraux divers (paromomycin sulfate, furazolidone)

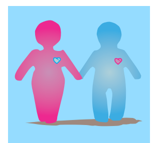
Vaginose bactérienne



- Tinidasole-Fasigyne° de préférence [1] (Thulkar J. 2012) :
  - 2 g par jour pendant 3 jours [2]
- Métronidazole-Flagyl°
  - Protocole CDC : 500 mg x 2 pendant 7 jours [2]
  - Ovules : 1 par jour pendant 7 jours (RCP)
- Clindamycine-Dalacine°
  - 300 mg x 2/jour pendant 7 jours [2]
- Laisser le partenaire tranquille

[1] Thulkar J. 2012 [2] Workowski KA. MMWR 2010.

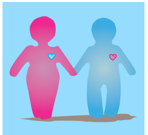
Les récurrences



- > 3 / an
  - Traitement par ovule de Flagyl 2/sem pendant 4 à 6 mois [1]
  - Traitement de cinq à sept jours par imidazolé oral à la dose de 400 mg deux fois par jour
  - Traitement par flagyl pendant 7 jours [2].
- Acide borique intravaginal possible.
- Mais c'est le comportement (sexuel) qui est le facteur de risque [2] :
  - Le port de préservatif diminue donc le risque (pH ?) [2]

[1] Workowski KA. MMWR 2010. [2] Bradshaw CS. Clin Infect Dis. 2013

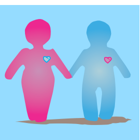
Mesure préventives



- Eviter les douches vaginales.
- Utiliser un préservatif (pH sperme) [1]
- /!\ Alcool (effet disulfirame)
- La contraception oestroprogestative [2]
- Arrêter de fumer [3]

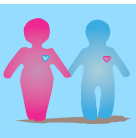
[1] Bradshaw CS. Clin Infect Dis. 2013 [2] Vodstrcil LA. PLoS One 2013. [3] Brotman RM. BMC Infect Dis 2014.

Mesures pouvant être efficaces



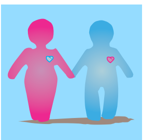
- On pense que les produits d'hygiène intime à base de polysaccharides ?
- Les produits d'hygiène intime à base d'acide lactique diminuent le pH du vagin ?
- Application intravaginale de yaourt ?

Mesures non efficaces



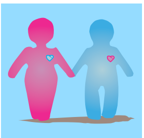
- Application intravaginale d'huile essentielle d'arbre à thé
- Probiotiques (Senok AC. Cochrane Database Syst Rev 2009;(4):CD006289.)

Par exemple ne sert à rien



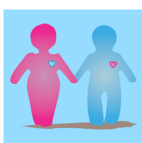
- Les antiseptiques (Verstraelen H. BMC Infect Dis. 2012).
- Les probiotiques (Bradshaw CS. PLoS One 2012).

Et la grossesse ?



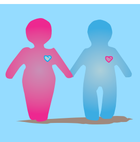
- 7,1 % des patientes (Desseauve D. Eur J Obstet Gynecol 2012).
  - FdR : âge jeune, tabac, faible niveau scolaire.
  - Traitement inefficace en population générale (Okun 2005, Carey 2003, McDonald 2005).
- Sur les patientes aux ATCD de prématurité
  - Probable amélioration sur les RPDM et les petits poids de naissance (McDonald 2005).

Et après...



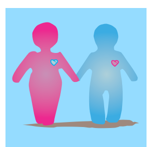
- 60 - 70 % de succès seulement à 4 semaines quelque soit le protocole.
- 70 % de récidive à long terme... (Larson 2005)

Candida



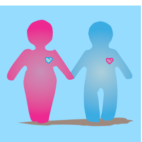
- Ovules d'azolé multiples en prise unique le soir ou en journée (Barnhart 2005)
- Traitement 7 jours si grossesse (Cochrane)
- Traitement de la vulvite par de la crème pendant 7 à 14 jours
- ± Acide borique si résistant : 600 mg dans une capsule taille 0 intravaginal pendant 10 à 14 jours (sauf grossesse).

Les non albicans



- De plus en plus fréquents
  - automédication ?
- Classique (long évite les résistances)
  - Fluconazole (Orofluco, Triflucan) 150 mg / sem 4 sem
- Traitement possible par ovules d'amphotericine B (Phillips 2005)
  - 50 mg d'ampho B dans 2 g de polyethylene glycol

récurrences > 4 / an



- /!\ au diagnostic
  - Porteuses ou infectées ?
  - Symptomatologie ou documentée ?
- /!\ à l'hygiène excessive, au diabète, à l'immunodépression (HIV)

Rechutes

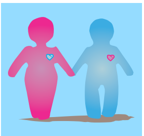
5e p
OR épisodes
95e p

0,8
0,6
0,4
0,2
0

Immédiat
3 mois après
6 mois après

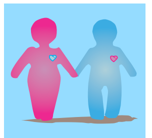
- Traitement par
  - 150 mg Fluconazole/sem 6 mois (Sobel 2004, Rosa MI. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012.)

Les conseils de grand-mère



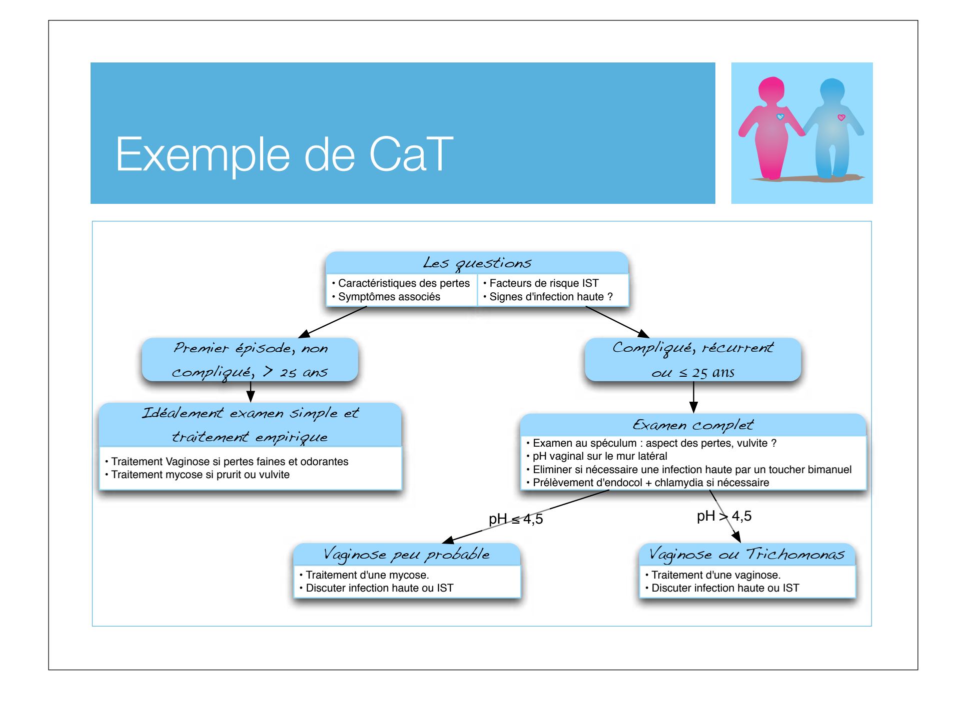
- Le port de vêtement serrés ou en synthétique n'est pas démontré (Foxman B Am J Public Health 1990).
- Les sous-vêtements «respirants» ne changent rien à la flore vaginale (Giraldo PC Int J Gynecol Obstet 2011).

Causes spécifiques

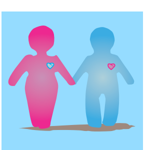


- Lactobacilles inefficaces dans le traitement des mycoses post ATB (Pirotta 2004)

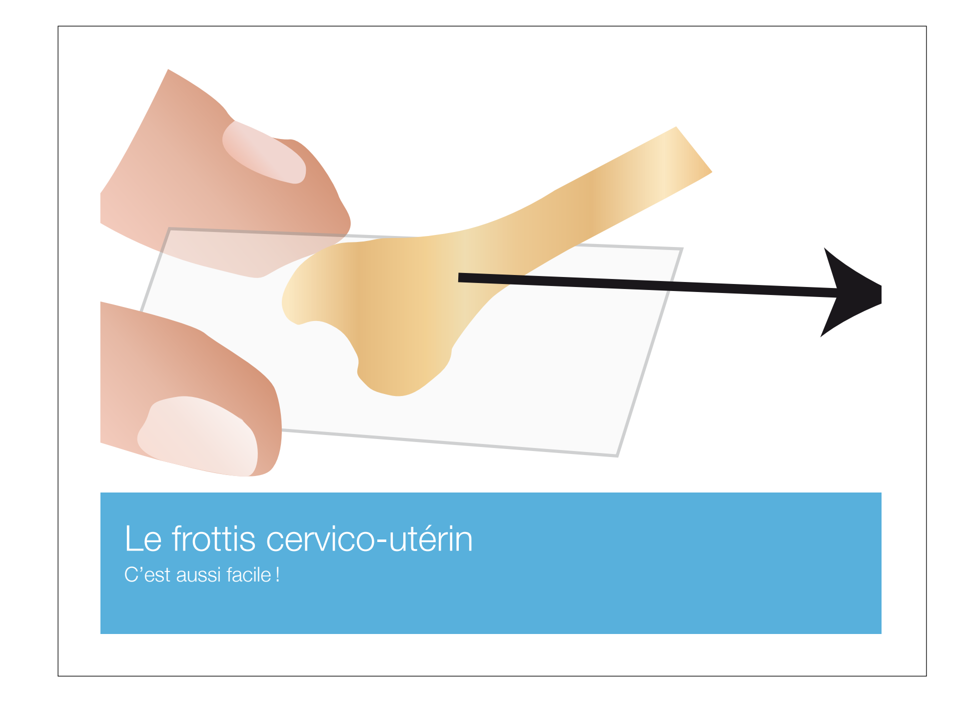
Exemple de CaT

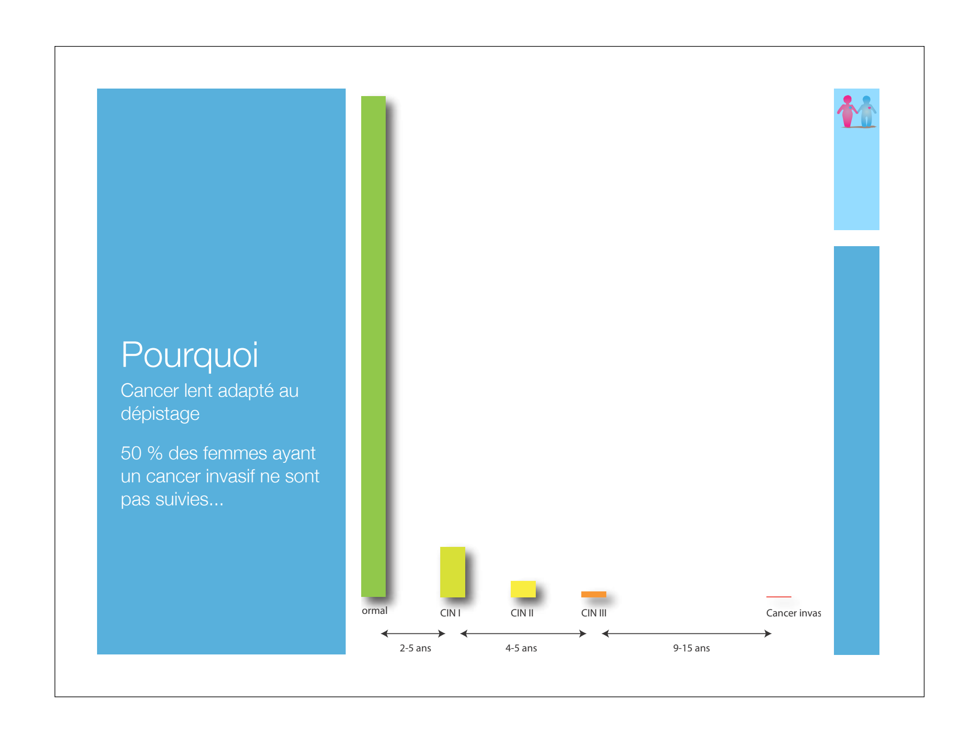


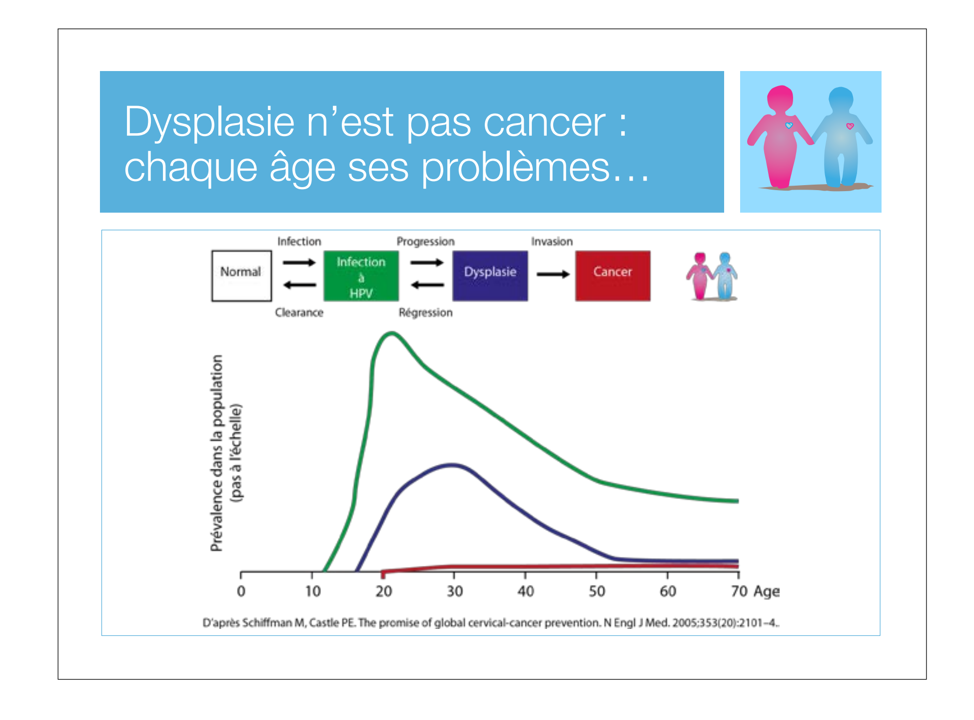
Droit de prescription de la SF



- Arrêté du 4 février 2013 publié au Journal officiel du 13 février 2013 :
  - ~~Antibiotiques par voie o..le dans le traitement curatif de première ligne des cystite... ...actériuries asymptomatiques chez la femme enceinte s... ...es recommandations officielles en vigueur. Prescription ...non renouvelable pour une infection donnée.~~
  - ~~Antibiotiques par voie or... ou ...arentérale en prévention d'infections materno-fœta... ...hez la femme enceinte, selon les recommandations offici... ...s en vigueur.~~
  - **Anti-infectieux locaux** utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques.







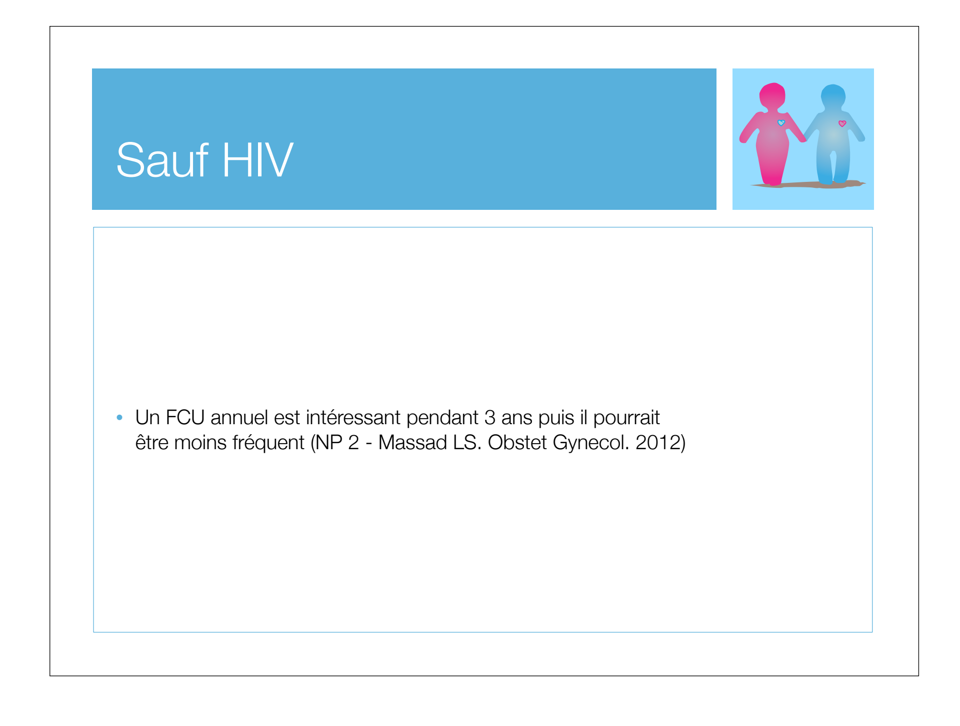
Pour qui ?

- ANAES 2002 et OMS 2006
  - De 25 à 65 ans (âge moyen : 40 ans)
    - NE PAS SE PRESSER
  - Deux à un an d'intervalle puis tous les 3 ans

1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
CIN I
CIN II
CIN III
Progression vers cancer invasif
Evolution CIN supérieur
Persistance
Régression

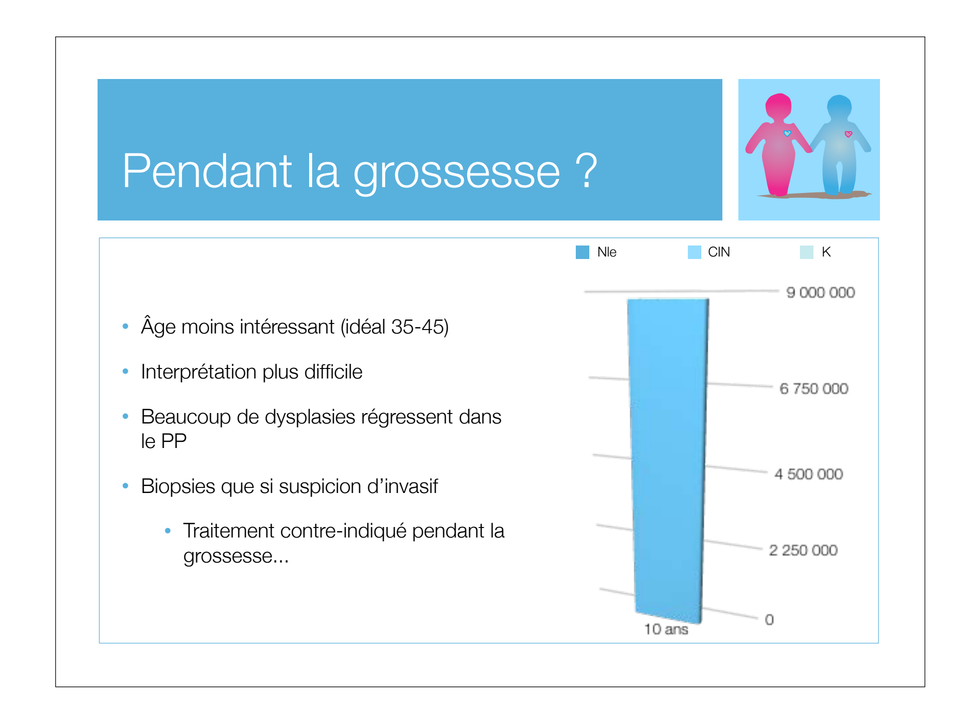
Plus n'est pas mieux

- Dépistage Néerlandais aussi efficace (30 à 60 ans tous les 5 ans...) que le dépistage US plus extensif et rapproché !
- Habbema D, De Kok IM, Brown ML. Cervical cancer screening in the United States and the Netherlands: a tale of two countries. Milbank Q 90:5, 2012.



Sauf HIV

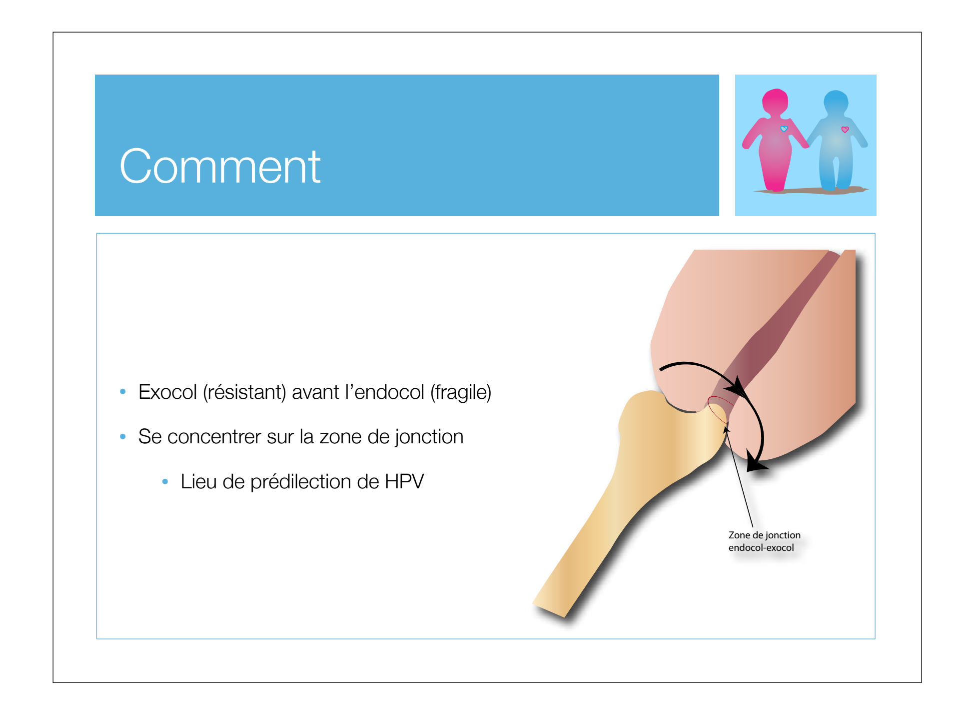
- Un FCU annuel est intéressant pendant 3 ans puis il pourrait être moins fréquent (NP 2 - Massad LS. Obstet Gynecol. 2012)

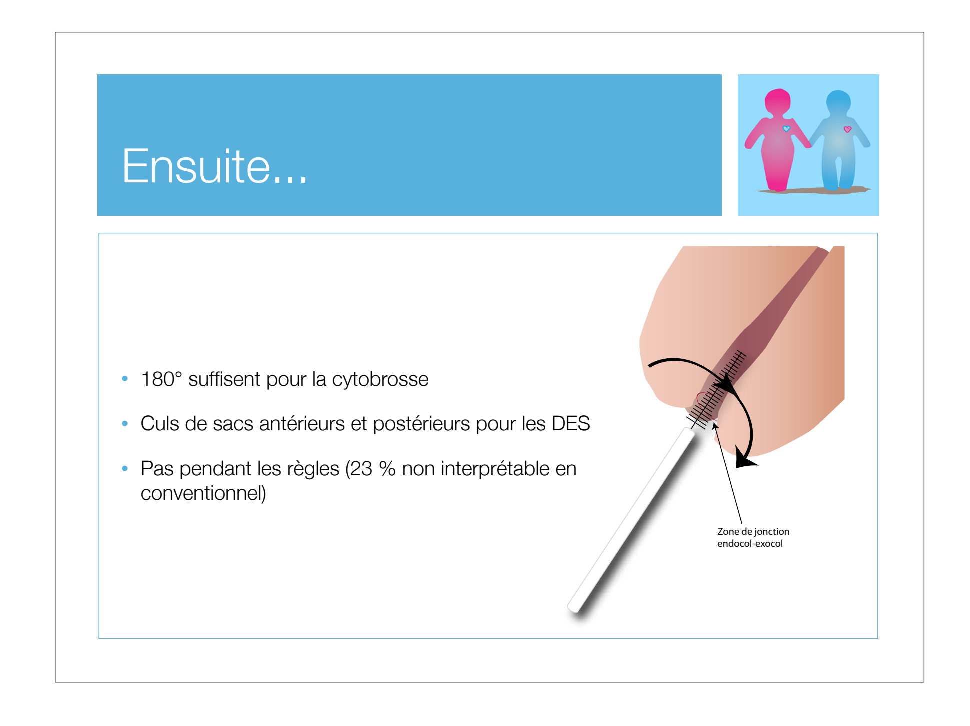


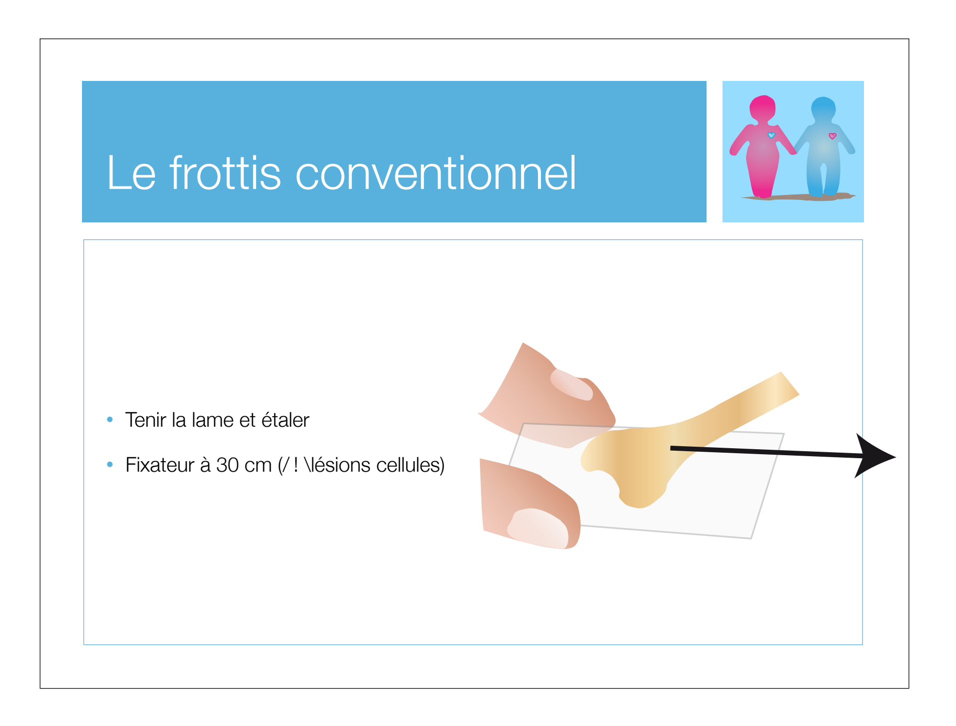
Pendant la grossesse ?

- Âge moins intéressant (idéal 35-45)
- Interprétation plus difficile
- Beaucoup de dysplasies régressent dans le PP
- Biopsies que si suspicion d'invasif
  - Traitement contre-indiqué pendant la grossesse...

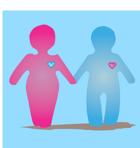

Avant toute chose
Spéculum adapté
Spatule d'Ayre + Cytobrosse (D)
Gel possible
A
B
C
D
E


Comment
Exocol (résistant) avant l'endocol (fragile)
Se concentrer sur la zone de jonction
Lieu de prédilection de HPV
Zone de jonction endocol-exocol

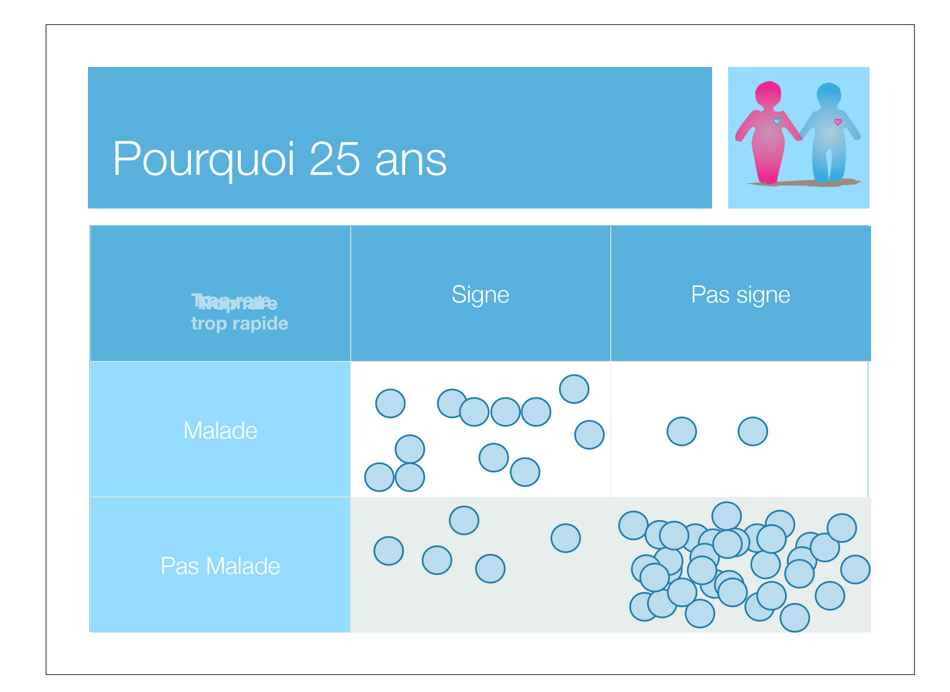

Ensuite…
180° suffisent pour la cytobrosse
Culs de sacs antérieurs et postérieurs pour les DES
Pas pendant les règles (23 % non interprétable en conventionnel)
Zone de jonction endocol-exocol


Le frottis conventionnel
Tenir la lame et étaler
Fixateur à 30 cm (/ ! \lésions cellules)

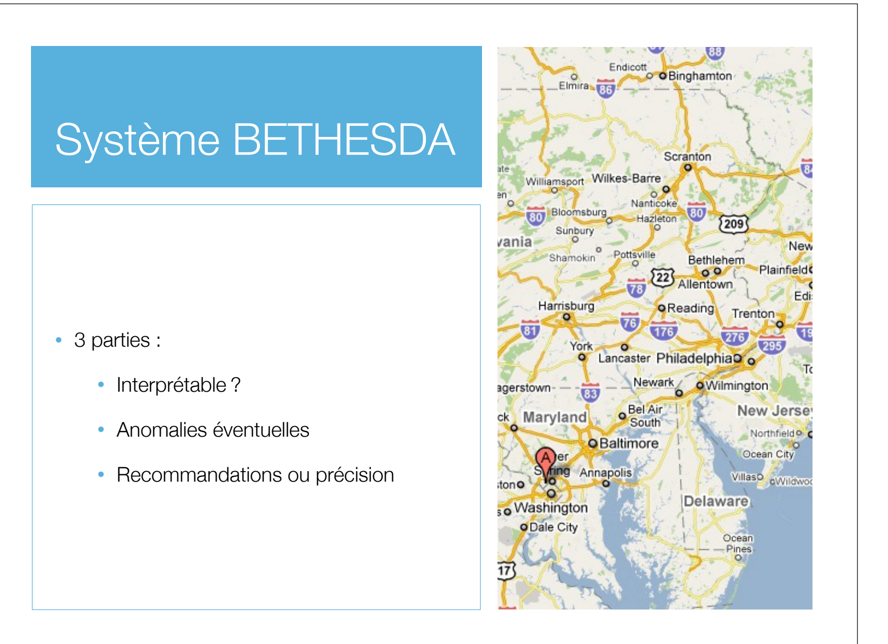
En phase liquide ?



- Pas plus performant qu'un anatomopathologiste performant
  - Sauf règles
  - Possibilité de faire un dépistage HPV dans la foulée si ASCUS
- Plus cher (Vacher-Lavenu MC, 2007)



Interpréter un frottis

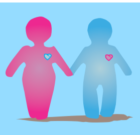


Non interprétable si...



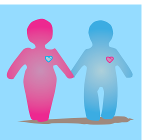
- Nombre de cellules trop faible
- Perturbation par l'inflammation ou le sang
- => Répéter l'examen dans les 12 mois (sauf si < 3 ans)

Les anomalies



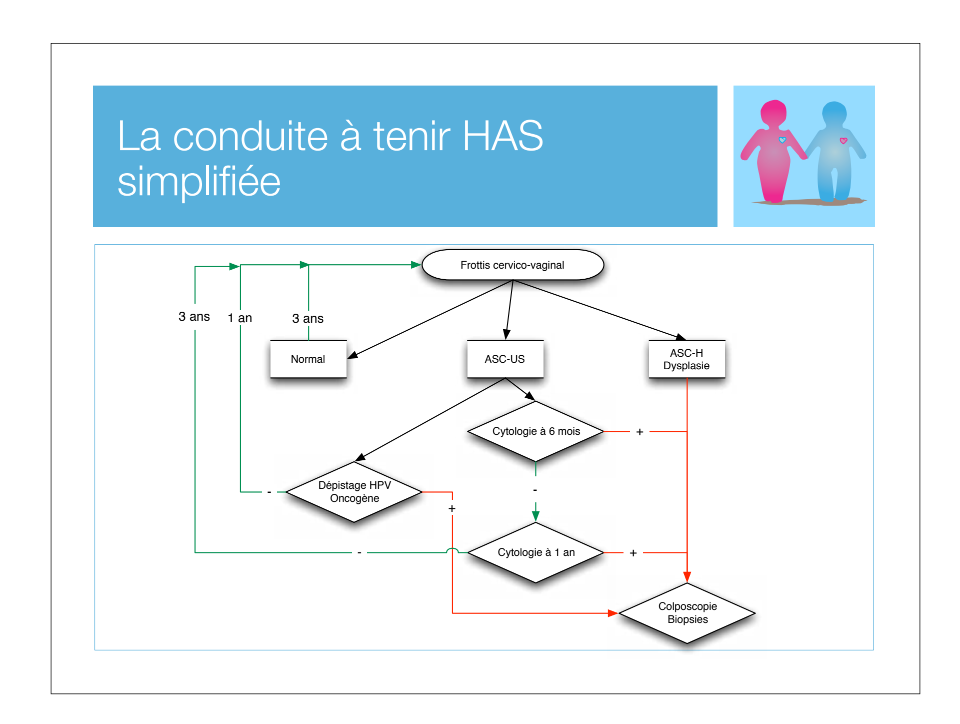
Cytologie (frottis)	Histologie (Biopsies)	
Bethesda	CIN	OMS
Normal	Normal	Normal
ASC-US ASC-H	Atypies	Atypies
LSIL	CIN 1 (incluant condylomes plans)	Koïlocytose
HSIL	CIN 2	Dysplasie modérée
HSIL	CIN 3	Dysplasie sévère
HSIL	CIN 3	Cancer in situ
Cancer invasif	Cancer invasif	Cancer invasif

Les pièges

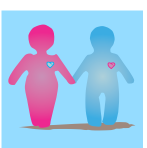


- Candida albicans : ne pas traiter sauf signe (portage ≈ 70 %)
- Actinomycès : 7 % des femmes sous DIU, pas corrélé à une infection. Ne pas enlever le DIU sauf si signe.

La conduite à tenir HAS simplifiée

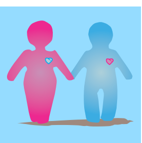


Exemple 1



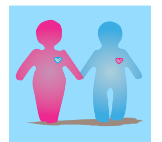
- Organe - Renseignements cliniques. : DIU. à la progestérone. Aménorrhée. Antécédent d'ASC-US
  - La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
  - Présence de cellules endocervicales.
  - Présence de cellules métaplasiques isolées et en placards à noyaux dystrophiques certaines cellules sont parakératosiques.
  - Présence de nombreux polynucléaires en nappes et des hématies.

Conclusion 1



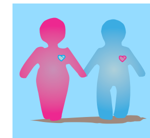
- **Frottis conventionnel : 2 lames.**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIUM) : modifications cellulaires réactionnelles.**
- Bonne croissance épithéliale.
- Remaniement jonctionnel inflammatoire avec troubles de maturation.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 2



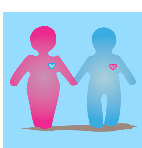
- FROTTIS DE DEPISTAGE EN TECHNIQUE MONOCOUCHE
- Technique en monocouche : la suspension cellulaire transmise en phase liquide est centrifugée à 1600 trs/mn. Après homogénéisation, une partie du culot obtenu est mise en chambre de décantation, ce qui permet de réaliser un spot monocouche de 18 mm. Aprés séchage et étuvage, le spot fait l'objet de colorations cytologiques standards (Papanicoloou).
- Le spot apparait représentatif et de bonne qualité, composé d'un étalement de cellules bien conservées. La composante malphigienne exocervicale est formée d'une desquamation de cellules superficiellles et intermédiaires, avec d'assez nombreuses cellules parabasales. La zone de jonction et l' endocol sont représentés par de cellules glandulaires endocervicales. Le fond se compose d'une flore mixte abondante et de nombreux polynucléaires neutrophiles. Il existe des cellules malpighiennes atypiques avec une aniconucléose légère, un discret hyperchromatisme et une acidophilie variable.

Conclusion 1



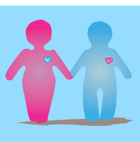
- ATYPIES EPITHELIALES MALPIGHIENNES DE SIGNIFICATION INDETERMINEE (CYTOLOGIE ASC-US DE LA CLASSIFICATION DE BETHESDA).

Typage Viral



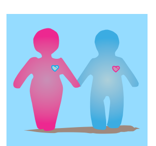
- RECHERCHE D'ADN DE PAPILLOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX POTENTIELLEMENT ONCOGENES
- PCR Temps Réel Abbott pour HPV 16, 18, 31 , 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68
- Indication : Non communiquée
- Présence d' un HPV 18 considéré comme potentiellement oncogène

Exemple 3



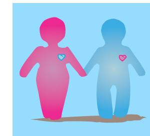
- Née le 15/06/1949
- Organe - Renseignements cliniques.
- Ménopause.
- FROTTIS CERVICO-UTERJN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep®. Lecture assistée par /'automate ThinPrep® Imaging System (Ho/ogic Corp)
  - La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires basophiles et des couches profondes à contours arrondis.
  - Absence de cellule endocervicale.
  - Présence de polynucléaires.

Conclusion 3



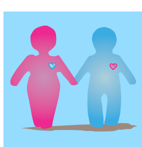
- **<u>Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep® :</u>**
- **Qualité: satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra épithéliale ou maligne (NIL/M).**
- Muqueuse subatrophique.
- Zone de jonction non intéressée par le prélèvement.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 4



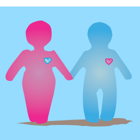
- 41 ans
- Organe - Renseignements cliniques.
  - Contrôle d'un examen antérieur.
  - Antécédent d'HPV
  - Antécédent de conisation.
  - Traitement progestatif.

Exemple 4



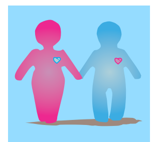
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques.
- Présence de polynucléaires.
- Présence de cellules jonctionnelles orangeophiles à noyau augmenté de volume et chromatine dense, associées à des cellules binucléées.

Conclusion 4



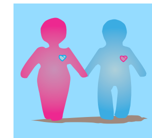
- **Frottis conventionnel: deux lames.**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.**
- **Anomalies des cellules épithéliales : lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade LMIEBG : LSIL**
- Persistance de la virose à HPV.
- Une colposcopie avec biopsie est souhaitable.

Exemple 5



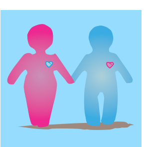
- 34 ans
- Progestatif minidosé.
- Aménorrhé.

Exemple 5



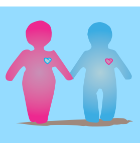
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes superficielles et intermédiaires.
- Présence de cellules endocervicales.
- Nombreux polynucléaires.
- Présence de cellules métaplasiques de petite taille présentant une méganucléose et une anisocaryose ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (HSIL ou dysplasie de haut grade).
- Présence de cellules malpighiennes mâtures à cytoplasme cyanophile ou acidophile centrées par un ou plusieurs noyaux légèrement augmentés de volume à chromatine densifiée. Il s'y associe des cellules dyskératosiques assez nombreuses. Bien qu'il n'ait pas été observé de koïlocyte typique, l'aspect d'ensemble est néanmoins assez évocateur d'une virose à Papillomavirus.

Conclusion 5



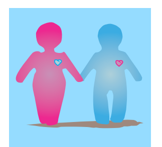
- **<u>Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep® :</u>**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Anomalies des cellules malpighiennes : Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ASC-H.**
- Aspect de virose avec des anomalies cytonucléaires ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (HSIL : dysplasie de haut grade)
- Une colposcopie avec biopsies et /ou test HPV peuvent être souhaitables.

Exemple 6



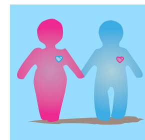
- Organe — Renseignements cliniques.
- D.I.U. à la progestérone.
- Aménorrhée.

Exemple 6



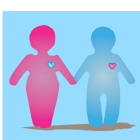
- FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep. Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)
  - La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles, isolées ou en placards.
  - Présence de cellules endocervicales.
  - Présence de cellules métaplasiques, à cytoplasme arrondi centré par un noyau globuleux. Elles sont isolées ou en placards de taille variable.
  - Présence de polynucléaires.

Conclusion 6



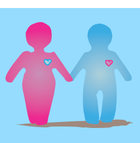
- **<u>Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep®</u>**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M)**
- Bonne croissance épithéliale.
- Remaniement jonctionnel.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 7



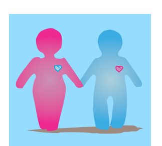
- 28 ans
- Traitement oestro-progestatif minidosé.

Exemple 7



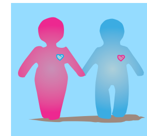
- **FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep ®** **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)**
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques.
- Nombreux polynucléaires.
- Il existe des filaments mycéliens de type candidose.

Exemple 7



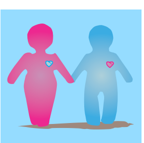
- **Frottis cervico-utérin en milieu liquide ThinPrep ®**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M).**
- Bonne croissance épithéliale.
- Aspect de candidose.
- Zone de jonction intéressée par le prélèvement.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 8



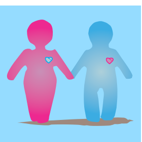
- 30 ans

Exemple 8



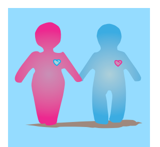
- **<u>FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep ®</u>**
- **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)**
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles, certaines cellules sont parakératosiques.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques.
- Nombreux polynucléaires.
- Il existe des filaments mycéliens de type candidose.

Conclusions 8



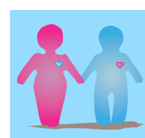
- **<u>Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep ® :</u>**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M) : modifications cellulaires réactionnelles.**
- Bonne croissance épithéliale.
- Aspect de candidose avec parakératose.
- Zone de jonction intéressée par le prélèvement.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale de malignité.

Exemple 9



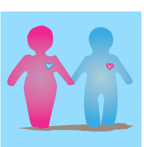
- **<u>FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep ®</u>**
- **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)**
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques isolées ou en placards.
- Nombreux polynucléaires.

Conclusion 9



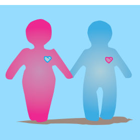
- **<u>Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep</u>**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M)**
- Bonne croissance épithéliale.
- Remaniement jonctionnel inflammatoire.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 10



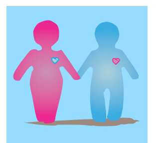
- **FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep ®**
- **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hoiogic Corp)**
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques.
- Nombreux polynucléaires.
- Il existe une flore de Doderlein abondante s'accompagnant de nombreux noyaux nus.

Conclusion 10



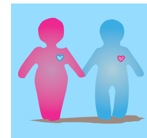
- **Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M).**
- Bonne croissance épithéliale.
- Cytolyse à bacilles de Döderlein.
- Zone de jonction intéressée par le prélèvement.
- Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Exemple 11



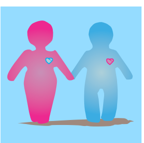
- Renseignements cliniques : DIU
- **FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE THINPREP®**
- **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)**
- La desquamation malpighienne est masquée sur plus de 70 % de la surface

Conclusion 11



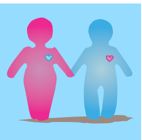
- **Frottis cervico-utérin en milieu liquide ThinPrep ® :**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation (Bethesda 2001)**
- Frottis lu, mais trop inflammatoire pour être significatif.

Exemple 12 : Ménopause



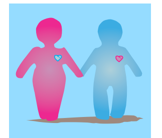
- **FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPre S**
- **Lecture assistée par l'automate ThinPrep® imaging System (Hologic Corp)**
- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques isolées et en placards à noyaux dystrophiques dans un cytoplasme dense à contours arrondis.
- Présence de polynucléaires.

Conclusion 12



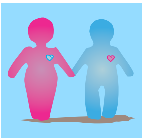
- **Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep**
- **Qualité : satisfaisant pour l'évaluation (Bethesda 2001).**
- **Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M) : modifications cellulaires réactionnelles.**
- Bonne croissance épithéliale.
- Remaniement jonctionnel dystrophique.
- Pas de cellule dysplaslque ou tumorale maligne.
- Examen à renouveler en cas de doute clinique.

Exemple 13



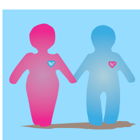
- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : DDR: 02.09.2013 D.I.U.
- **Première lame :**
- Ce frottis, peu abondant, est constitué de cellules épithéliales provenant de la muqueuse malpighienne. Il s'agit de cellules de type superficiel et surtout intermédiaire, au cytoplasme généralement bien étalé.
- Elles desquament isolément ou en placards peu serrés. La flore bactérienne est de type Döderlein. Le fond du frottis très hématique est ponctué de quelques polynucléaires.
- **Deuxième lame :**
- Elle se caractérise par des cellules malpighiennes, moins abondantes, et la présence d'assez nombreuses cellules endocervicales. Ces éléments se détachent au sein de traînées muqueuses contenant d'assez nombreux polynucléaires et des hématies plus ou moins lysées. Il s'y ajoute des cellules isolées ou regroupées en placards tridimensionnels atypiques présentant un noyau fortement augmenté de volume dense, chromatique et aux contours irréguliers avec parfois une inversion du rapport nucléo-cytoplasmique.

Conclusion Bethesda



- **EN CONCLUSION. dans le Système de BETHESDA :**
- Frottis interprétable.
- Présence d'atypies des cellules malpighiennes témoignant d'une Lésion intra épithéliale ou dysplasie de HAUT GRADE dont il est difficile d'affirmer la nature malpighienne ou glandulaire nécessitant des biopsies étagées (jonction endocol)

Biopsie…

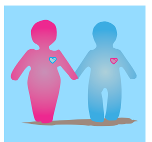


- ZONE DE JONCTION AVEC DES LESIONS DE DYSPLASIE DE TYPE CIN3

Aménorrhée Secondaire post-pilule…

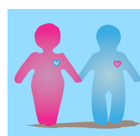
Fort risque de pathologie acquise… sauf si anovulation chronique depuis la puberté

A l'entretien



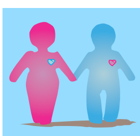
- Rapport sexuel fécondant ? Contraception ?
- Prise médicamenteuse (neuroleptiques, macroprogestatifs, corticothérapie, chimio…)
- Maladies chroniques, état nutritionnel
- ATCD gynéco-obstétricaux, douleurs pelviennes cycliques

A l'examen



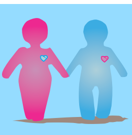
- Signes d'hyperandrogénie
  - Séborrhée, acné, hirsutisme : OPK
- Diminution libido, galactorrhée
  - Peu sensible et peu spé pour HPRL
- Signes de carence estrogéniques
  - Troubles du climatère
  - Sécheresse vaginale ± dyspareunie

Enquête nutritionnelle



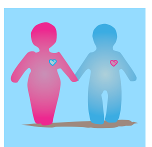
- OBLIGATOIRE...

Examen gynécologique



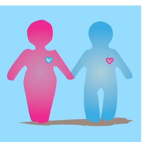
- Etat des muqueuses, glaire cervicale
- Col gravide, utérus globuleux...

Test aux progestatifs



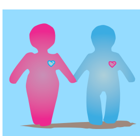
- Appréciation de la sécrétion ovarienne en estradiol
  - 10 jours
  - Positif si règles apparaissent dans les 5 jours suivant l'arrêt.
- On peut s'aider de la courbe ménothermique.

Biologie



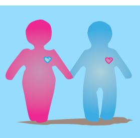
- HCG au moindre doute
- Prolactine dans de bonnes conditions
  - 20 minutes de repos
  - Le matin avant 10 heures
  - Pas de petit déjeuner riche en protéines
- E2, FSH, LH

Echographie



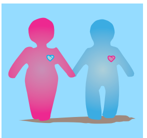
- OPK ?

Cas de l'aménorrhée post-pilule



- Premier cycle après arrêt anovulatoire (> 50 %).
- ↗durée des cycles (> 35 jours) durant neuf cycles en moyenne.
- Être rassurant si pas enceinte et aménorrhée < 3 mois.
- /!\ aux autres causes "cachées" par la pilule comme HPRL

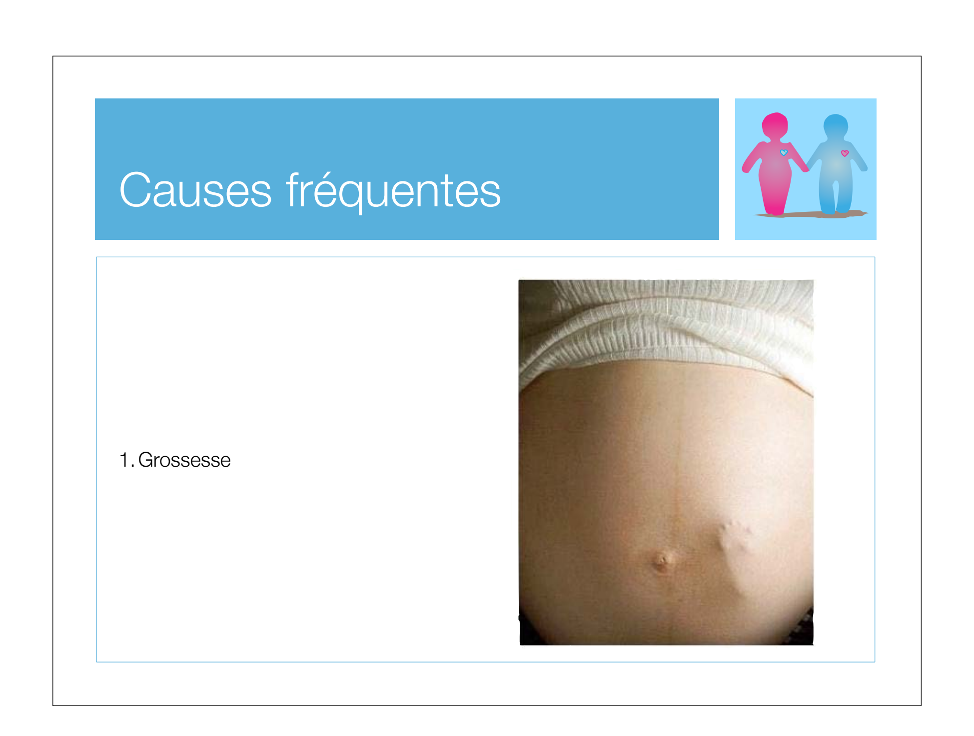
Aménorrhée post-partum



- > 3 mois si pas d'allaitement (3 mois après l'arrêt)
- Retard simple ++ (/!\ grossesse)
- /!\ Progestatifs au long cours
- Si pas de grossesse : test aux progestatifs
  - Si négatif : /!\ Synéchies
- Syndrome aménorrhée-galactorrhée du post-partum par adénome à prolactine : Syndrome de Chiari-Fromel

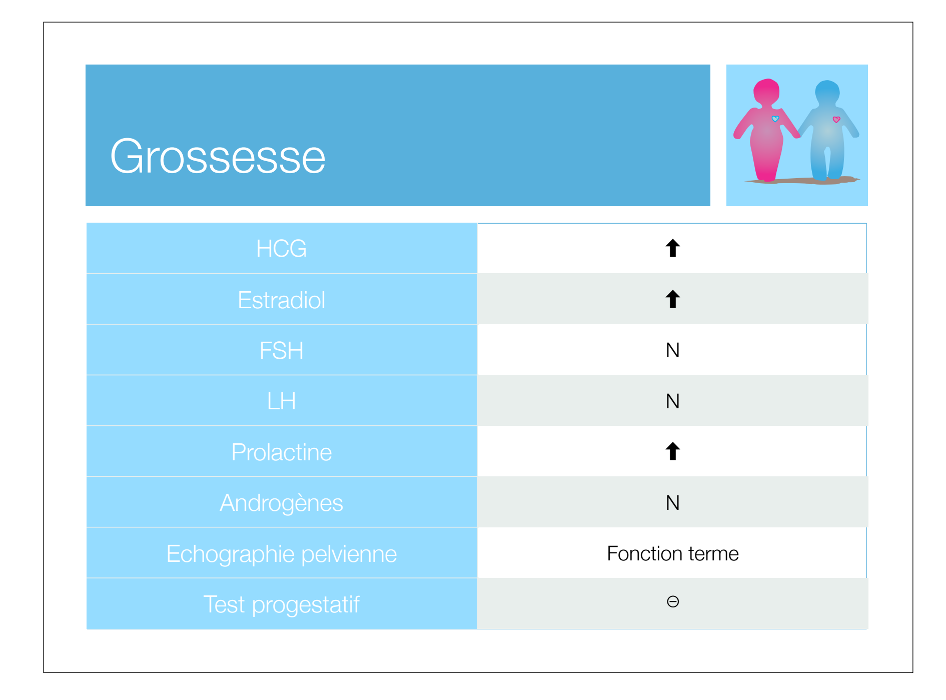


ON «JOUE ?»



Causes fréquentes

1. Grossesse



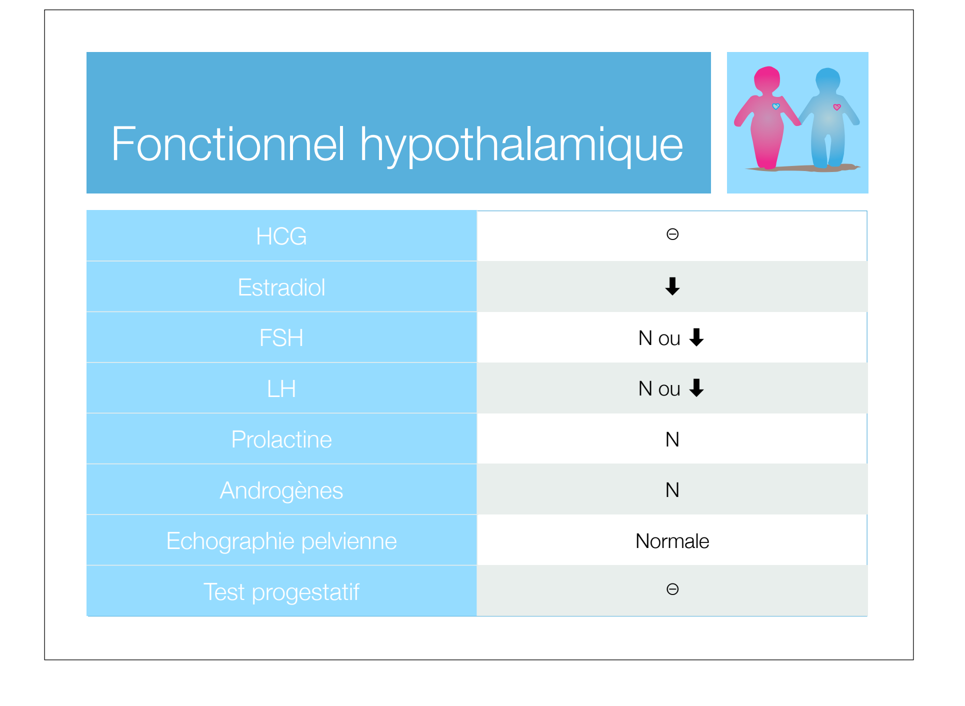
Grossesse

HCG	⬆
Estradiol	⬆
FSH	N
LH	N
Prolactine	⬆
Androgènes	N
Echographie pelvienne	Fonction terme
Test progestatif	⊖



Causes fréquentes

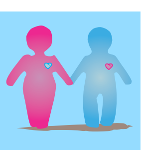
1. Grossesse
2. Hypothalamique fonctionnelle



Fonctionnel hypothalamique

HCG	⊖
Estradiol	⬇
FSH	N ou ⬇
LH	N ou ⬇
Prolactine	N
Androgènes	N
Echographie pelvienne	Normale
Test progestatif	⊖

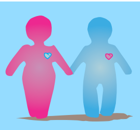
Causes fréquentes



1. Grossesse
2. Hypothalamique fonctionnelle
3. Hyperprolactinémie

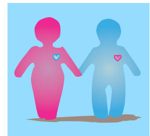


Hyperprolactinémie

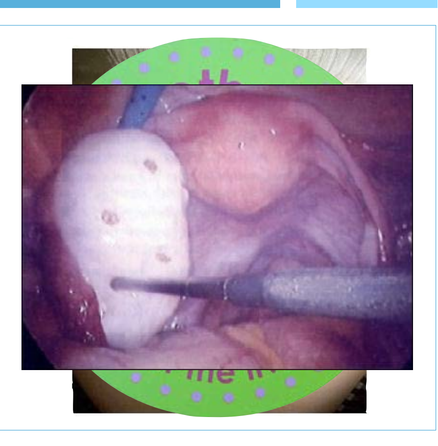


HCG	⊖
Estradiol	⬇
FSH	N ou ⬇
LH	N ou ⬇
Prolactine	⬆
Androgènes	N
Echographie pelvienne	Normale
Test progestatif	⊖

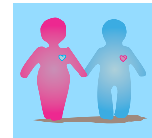
Causes fréquentes



1. Grossesse
2. Hypothalamique fonctionnelle
3. Hyperprolactinémie
4. SOPK

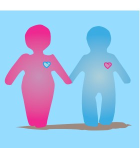


SOPK

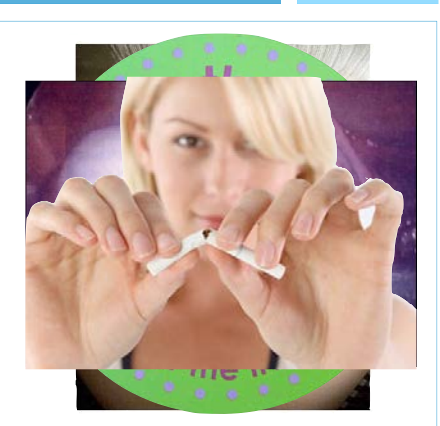


HCG	⊖
Estradiol	N
FSH	N
LH	N ou ⬆
Prolactine	N
Androgènes	N ou ⬆
Echographie pelvienne	⬆ follicules antraux
Test progestatif	⊕

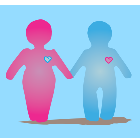
Causes fréquentes



1. Grossesse
2. Hypothalamique fonctionnelle
3. Hyperprolactinémie
4. SOPK
5. Insuffisance ovarienne



Insuffisance ovarienne



HCG	6 à 11 UI/L
Estradiol	⬇ ou N
FSH	⬆
LH	N ou ⬆
Prolactine	N
Androgènes	N
Echographie pelvienne	⬇ follicules antraux
Test progestatif	⊖

Formagyn : les dosages hormonaux

Les hormones

	Descriptif	Principales Indications	Conditions prélèvement	Min indicatif	Max indicatif
HCG plasmatique	Hormone de grossesse placentaire	Aménorrhée, métrorragie	Pas de condition particulière	< 10 UI considéré comme négatif généralement	
Prolactine	Hormone hypophysaire ayant une action sur le cycle hypothalamique.	Aménorrhée, galactorrhée, infertilité	< 10 heures du matin, pas de petit déjeuner riche en protide, après 20 minutes de repos	3 ng/mL (63 mUI/L)	25 ng/ml (à 525 mUI/l)
Estradiol J3	Produite par la granulosa	Aménorrhée, infertilité, troubles du climatère	J2 – J5 pour la réserve ovarienne (idéalement J3)*	20 pg/mL	> 50-60 pg/mL est considéré comme élevé
FSH J3	Hypophysaire, stimule la granulosa	idem estradiol	idem estradiol	3 UI/L	≤ 7 est normale (10 UI/L pour certains)
LH J3	Hypophysaire, stimule la thèque interne	idem estradiol	idem estradiol	2,4 UI/L	6,6 UI/L
AMH	Horm. anti-mullerienne, folliculaire	idem estradiol	Pas influencée par le cycle.	2,5 ng/mL	6 ng/mL
Testostérone	Produite par la thèque interne	Hyperandrogénie, SOPK	Pas de condition particulière	0,10 µg/L (0,35 nmol/L)	0,61 µg/L (2,10 nmol/L)
SDHEA	Androgène surrénalien	Hyperandrogénie clinique	Pas de condition particulière	Fonction de l'âge	Fonction de l'âge
17 OH Prog	Androgène surrénalien. Si hyperplasie congénitale des surrénales +++	Hyperandrogénie clinique	idem estradiol (varie avec le cycle)	0,3 ng/mL	1 ng/mL

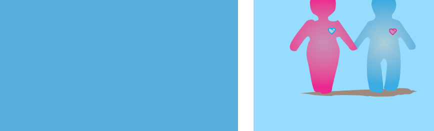
* 1er jour du cycle (J1) : matin des règles franches.

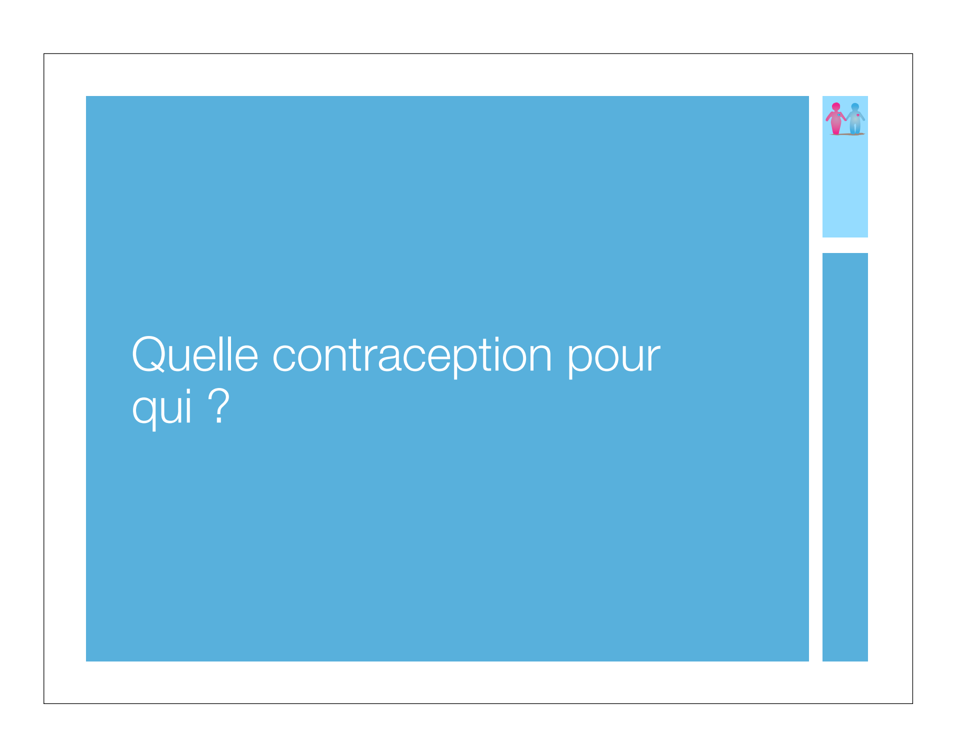
Principales pathologies

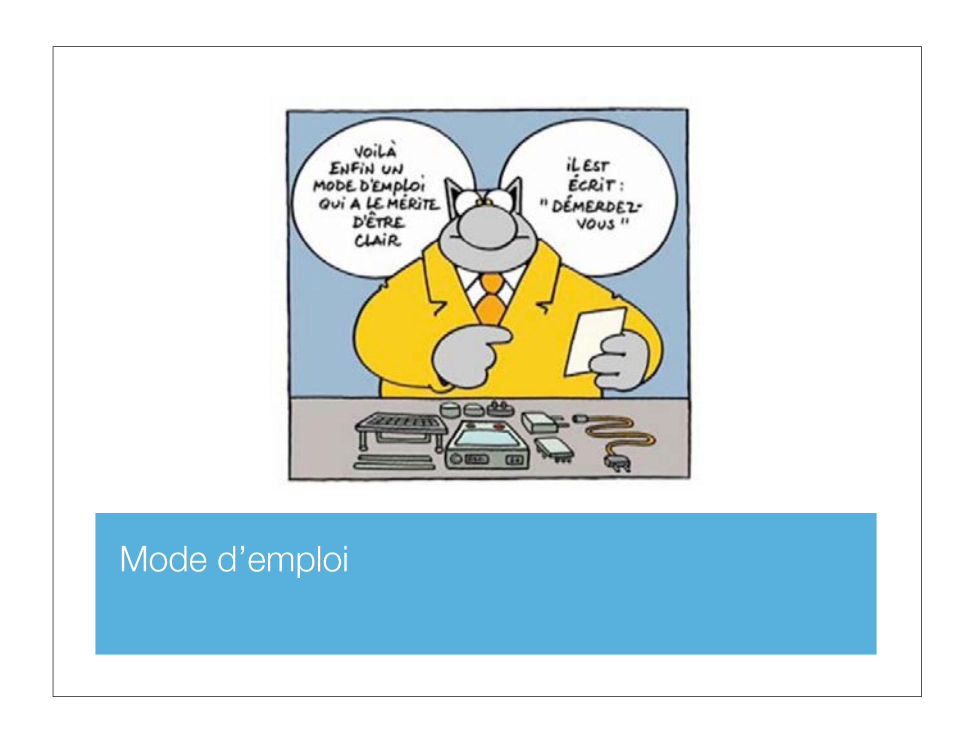
	HCG	Prolactine	Estradiol J3	FSH J3	LH J3	AMH	Testo
Grossesse	↗↗	↗	↗↗	N	N	N	N
Hyperprolactinémie	< 10	↗↗	Limite <	Limite <	Limite <	N	N
Hypothalamique	< 10	N	Limite <	Limite <	Limite <	N	N
SOPK	< 10	N	N	N	↗	↗	± ↗
Insuffisance ov. débutante	< 10	N	↗	N	N	↘	N
Insuffisance ovarienne	< 10	N	Limite <	↗	± ↗	↘↘	N

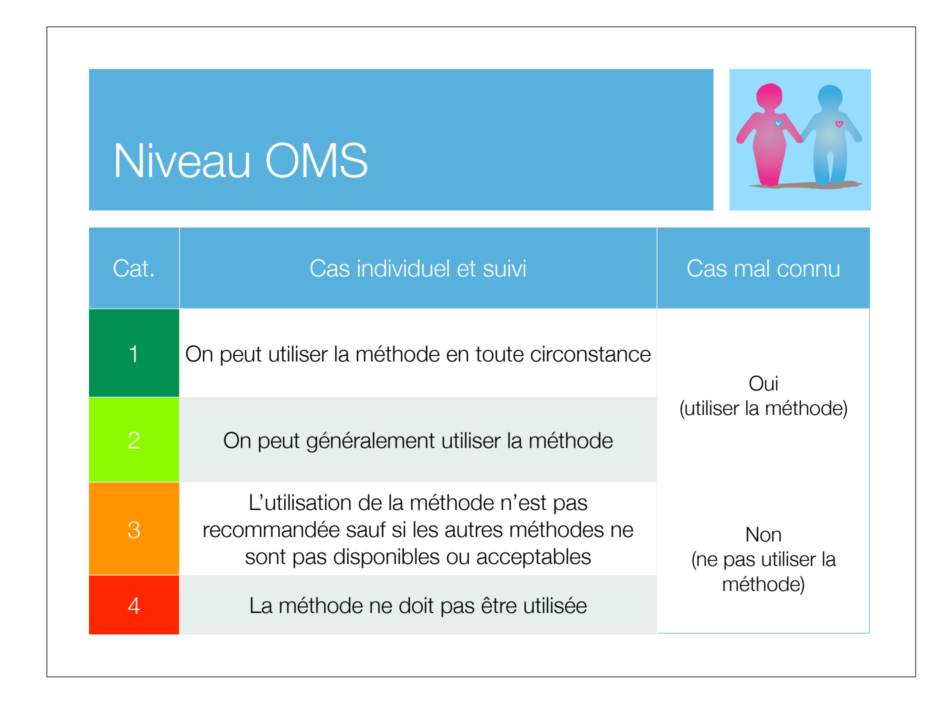
T. Linet et le collectif Formagyn - Version 2014.3

Contre indications aux OP

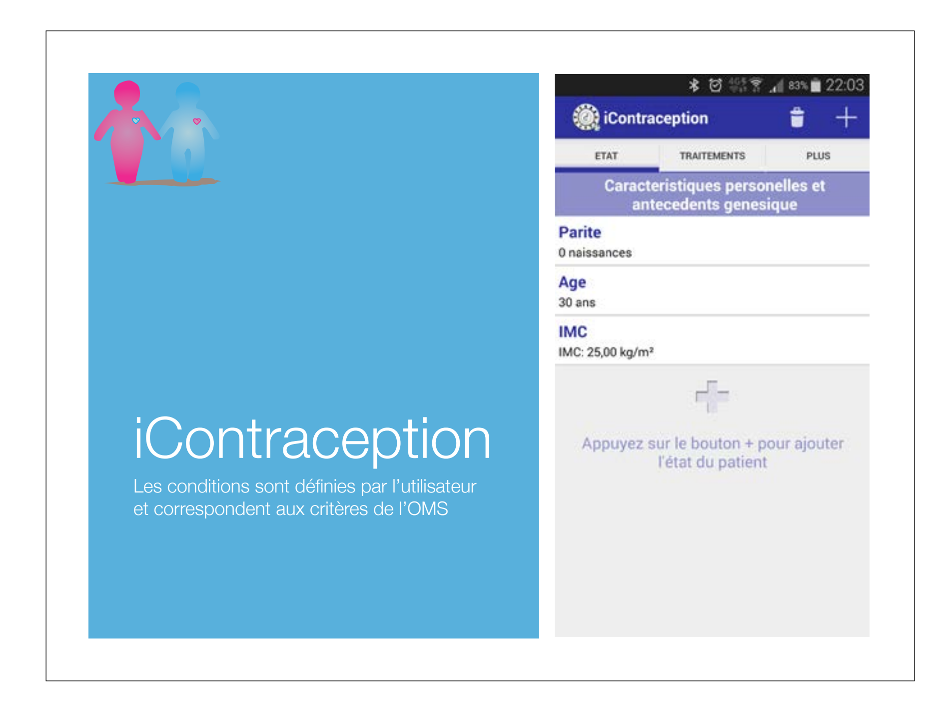


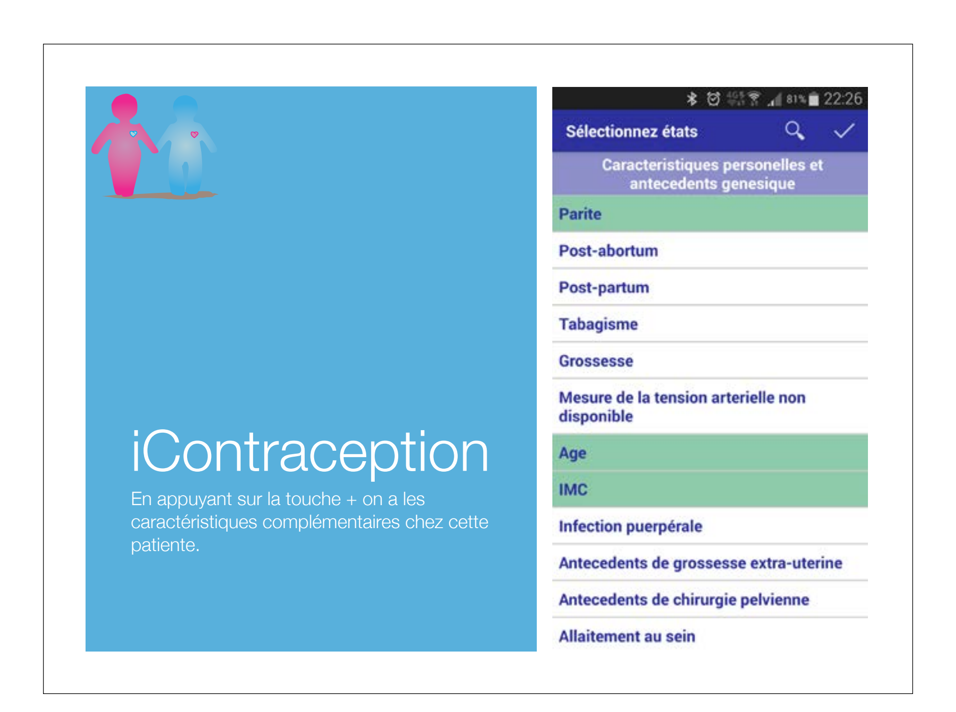


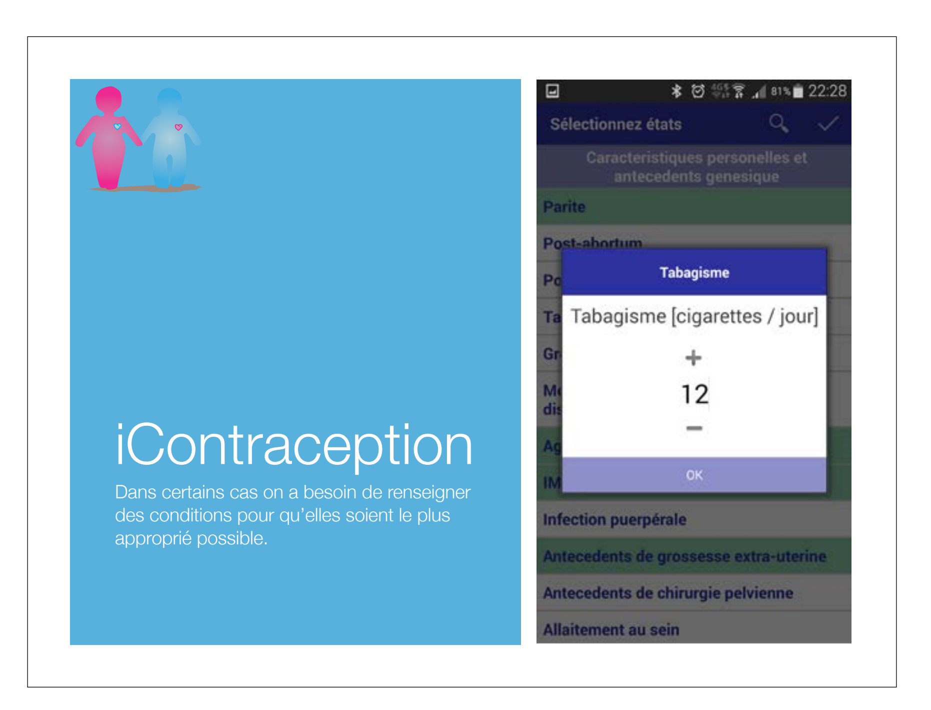


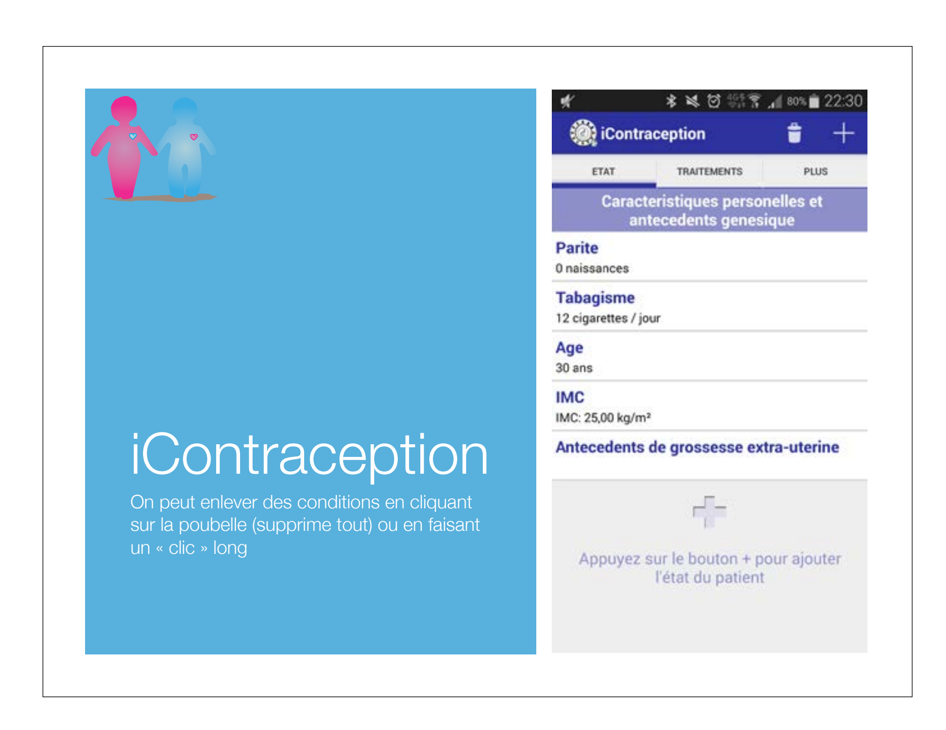


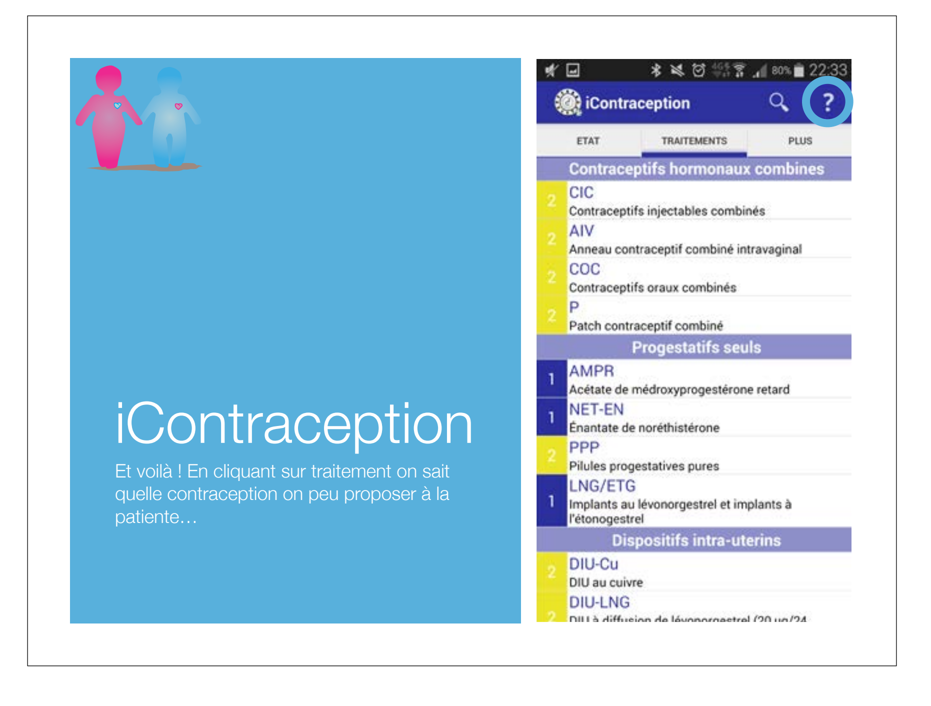
Cat.	Cas individuel et suivi	Cas mal connu
1	On peut utiliser la méthode en toute circonstance	Oui (utiliser la méthode)
2	On peut généralement utiliser la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas recommandée sauf si les autres méthodes ne sont pas disponibles ou acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	La méthode ne doit pas être utilisée	

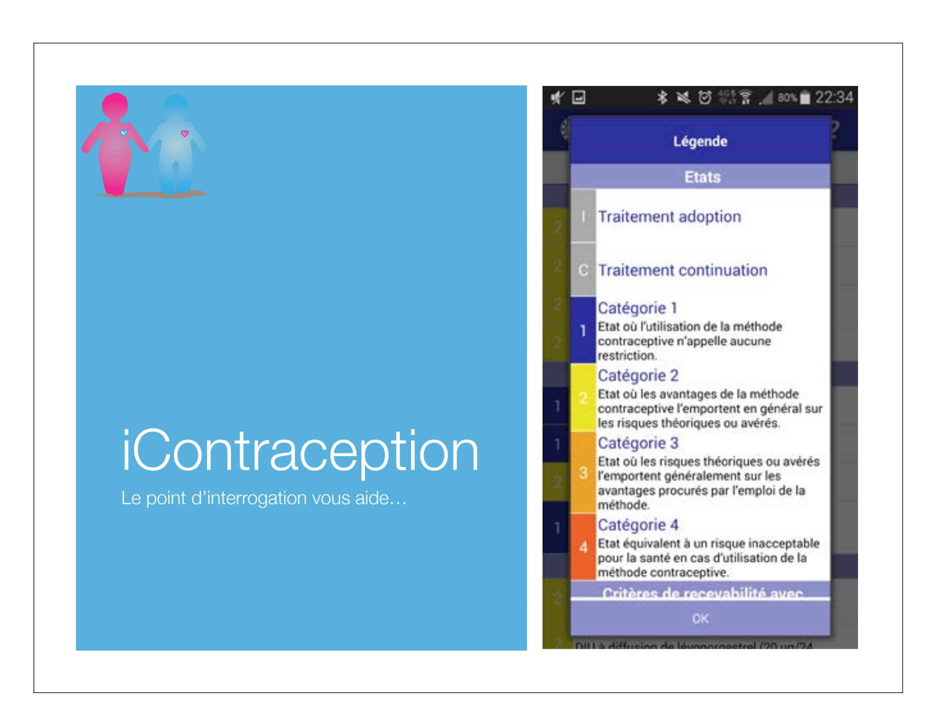


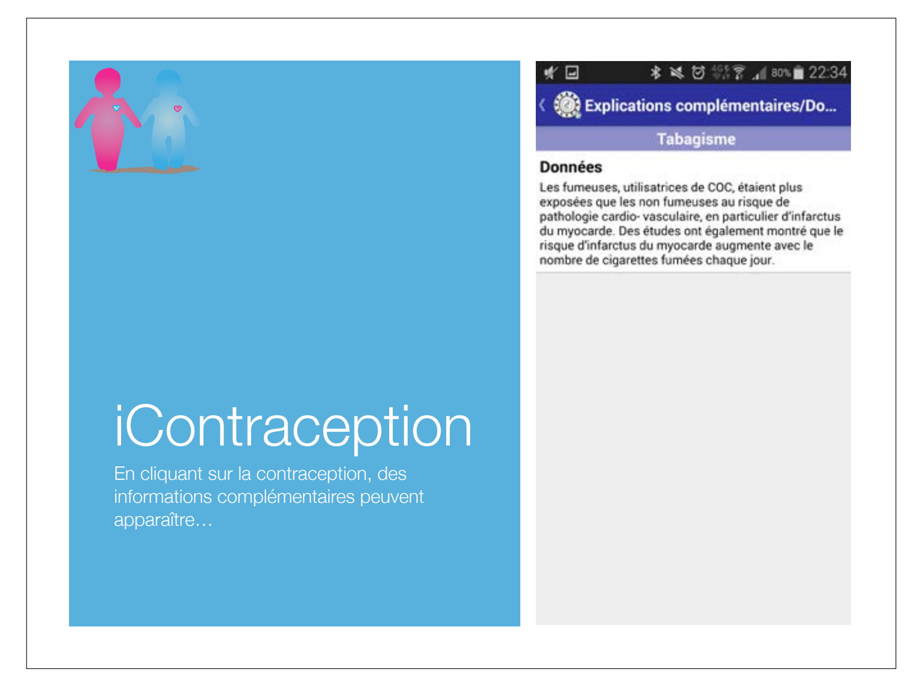

iContraception
En appuyant sur la touche + on a les caractéristiques complémentaires chez cette patiente.
Sélectionnez états
Caracteristiques personelles et antecedents genesique
Parite
Post-abortum
Post-partum
Tabagisme
Grossesse
Mesure de la tension arterielle non disponible
Age
IMC
Infection puerpérale
Antecedents de grossesse extra-uterine
Antecedents de chirurgie pelvienne
Allaitement au sein


iContraception
Dans certains cas on a besoin de renseigner des conditions pour qu'elles soient le plus approprié possible.
Sélectionnez états
Caracteristiques personelles et antecedents genesique
Parite
Tabagisme
Tabagisme [cigarettes / jour]
+
12
−
OK
Infection puerpérale
Antecedents de grossesse extra-uterine
Antecedents de chirurgie pelvienne
Allaitement au sein

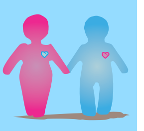

iContraception
On peut enlever des conditions en cliquant sur la poubelle (supprime tout) ou en faisant un « clic » long
iContraception
ETAT
TRAITEMENTS
PLUS
Caracteristiques personelles et antecedents genesique
Parite
0 naissances
Tabagisme
12 cigarettes / jour
Age
30 ans
IMC
IMC: 25,00 kg/m²
Antecedents de grossesse extra-uterine
Appuyez sur le bouton + pour ajouter l'état du patient


iContraception
Et voilà ! En cliquant sur traitement on sait quelle contraception on peu proposer à la patiente…
iContraception
ETAT
TRAITEMENTS
PLUS
Contraceptifs hormonaux combines
2
CIC
Contraceptifs injectables combinés
2
AIV
Anneau contraceptif combiné intravaginal
2
COC
Contraceptifs oraux combinés
2
P
Patch contraceptif combiné
Progestatifs seuls
1
AMPR
Acétate de médroxyprogestérone retard
1
NET-EN
Énantate de noréthistérone
2
PPP
Pilules progestatives pures
1
LNG/ETG
Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel
Dispositifs intra-uterins
2
DIU-Cu
DIU au cuivre
DIU-LNG



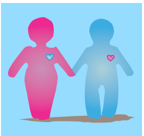


Des idées reçues à foison…

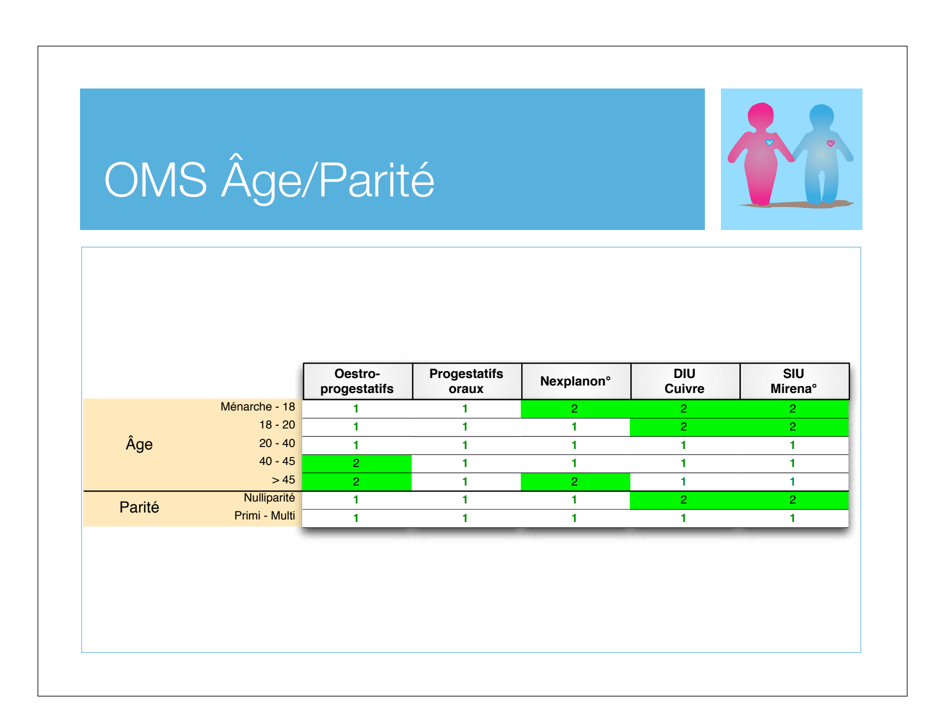


- Contraception intra-utérine et nulliparité.
- Pilule et tabac.
- Contraception intra-utérine et infection.
- Contraception intra-utérine et grossesse extra-utérine

Des risques que l'on ne connait pas…



- Phlébite dans la famille (père, mère, frère soeur)
- Migraine
- 35 ans…



OMS Âge/Parité

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Âge	Ménarche - 18	1	1	2	2	2
	18 - 20	1	1	1	2	2
	20 - 40	1	1	1	1	1
	40 - 45	2	1	1	1	1
	> 45	2	1	2	1	1
Parité	Nulliparité	1	1	1	2	2
	Primi - Multi	1	1	1	1	1

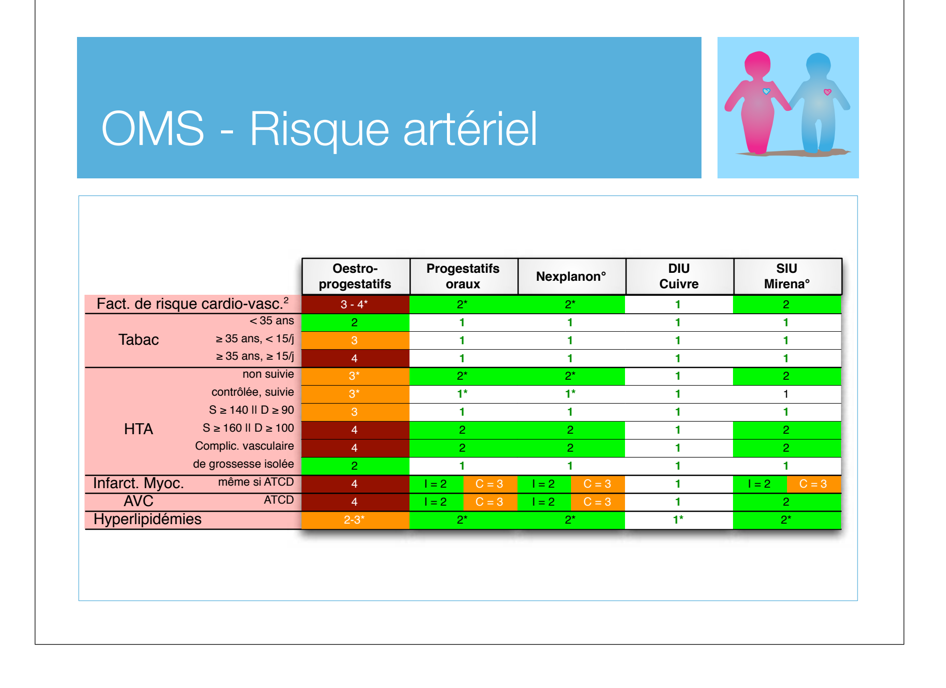
OMS Post-Obstétrical

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Allaitement (VB - César)	0 - 48 h	4	3*	3*	1	3
	48 h - 4 sem	4	3*	3*	3	3
	4 sem - 6 sem	4	3*	3*	1	1
	6 sem - 6 mois	3 / 2 si partiel [5]	1	1	1	1
	> 6 mois	2	1	1	1	1
Hors allaitement (VB - César)	0 - 48 h	4 si FDR* / 3	1	1	1[1]	1[1]
	48 h - 21 j		1	1	3	3
	21 j - 4 sem	2-3 si FDR* / 2	1	1	3	3
	4 sem - 6 sem		1	1	1	1
	> 6 sem	1	1	1	1	1
Post-abortum	1er trim.	1*	1*	1*	1*	1*
	2e trim.	1	1	1	2	2
	septique immédiat	1	1	1	4	4
GEU	Antécédent	1	2	1	1	1

* Facteurs de risque veineux du post-partum : antécédents de thrombose veineuse (SIC), thrombophilie (SIC), immobilisation, transfusion maternelle à la naissance, IMC > 30 kg/m2, hémorragie de la délivrance, accouchement actuel par césarienne, pré-éclampsie, tabagisme

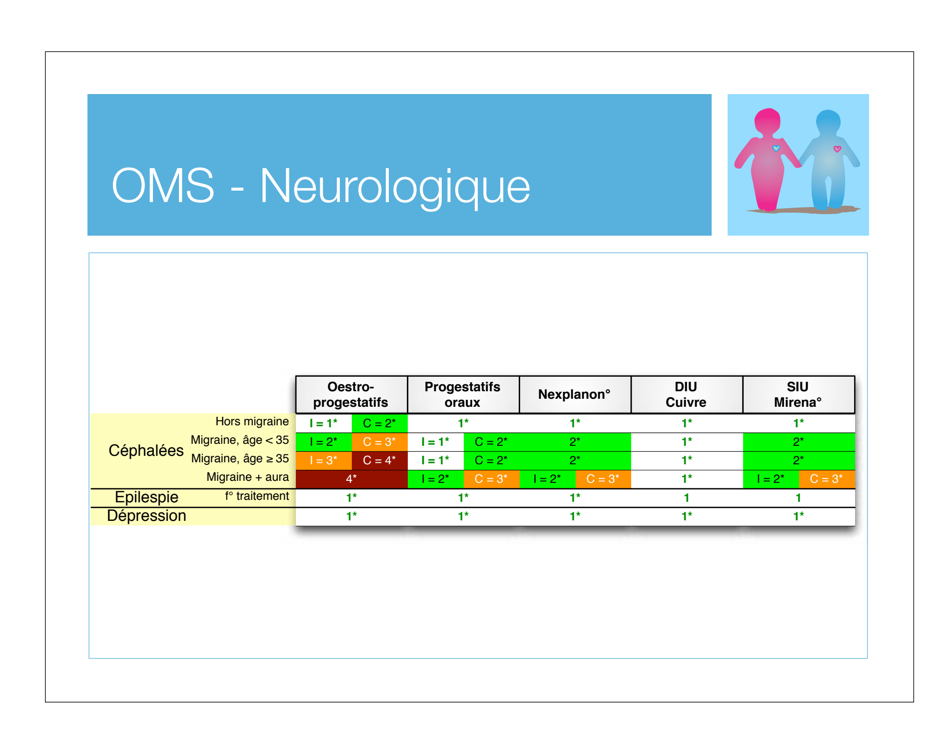
OMS - Risque Veineux

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Chirurgie	Pelvienne (ATCD)	1	1	1	1	1
	Immob. prolongée	4	2	2	1	2
	lourde sans immob.	2	1	1	1	1
	légère sans immob.	1	1	1	1	1
Obésité	IMC ≥ 30	2	1	1	1	1
Thrombose profonde / Embolie	Antécédent	4	2	2	1	2
	En cours	4	3	3	1	3
	Sous anticoag.	4	2	2	1	2
	ATCD familiaux	2	1	1	1	1
Thromboses autres	Thrombophilie	4*	2*	2*	1*	2*
	Varices	1	1	1	1	1
	Superficielle	2	1	1	1	1
Valvulopathies	Simples	2	1	1	1	1
	Compliquées[3]	4	1	1	2*	2*
Lupus érythémateux systémique	Antiphospho +	4	3	3	1	3
	Thrombopénie	2	2	I = 3 / C = 2	I = 3* / C = 2*	2*
	TTT immuno -	2	2	2	I = 2 / C = 1	2
	Aucune CI	2	2	2	1	2



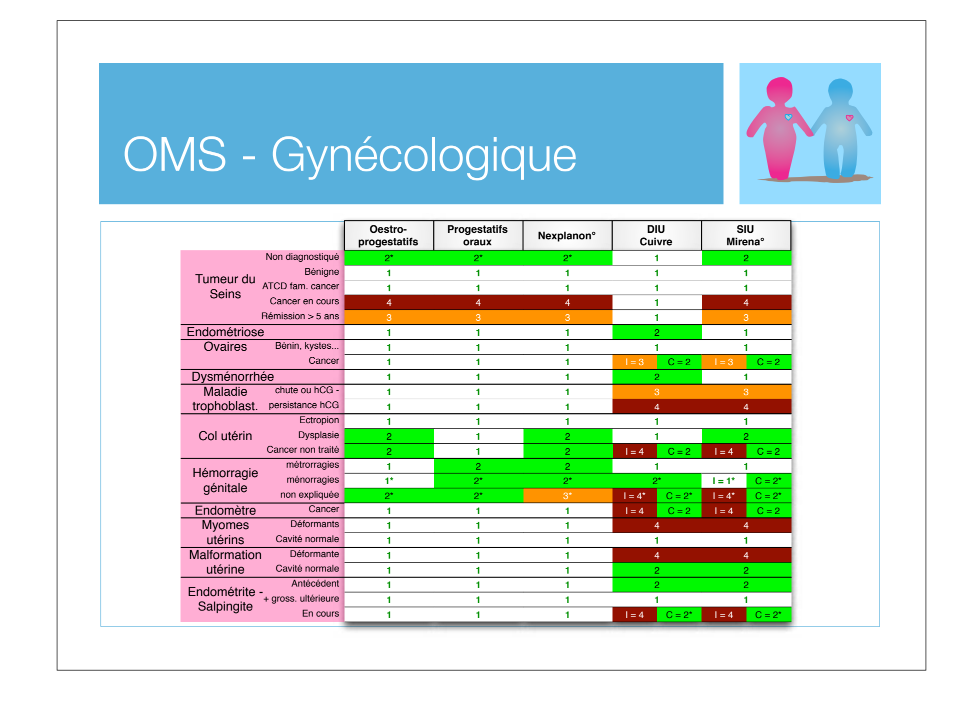
OMS - Risque artériel

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Fact. de risque cardio-vasc.[2]		3 - 4*	2*	2*	1	2
Tabac	< 35 ans	2	1	1	1	1
	≥ 35 ans, < 15/j	3	1	1	1	1
	≥ 35 ans, ≥ 15/j	4	1	1	1	1
HTA	non suivie	3*	2*	2*	1	2
	contrôlée, suivie	3*	1*	1*	1	1
	S ≥ 140 ll D ≥ 90	3	1	1	1	1
	S ≥ 160 ll D ≥ 100	4	2	2	1	2
	Complic. vasculaire	4	2	2	1	2
	de grossesse isolée	2	1	1	1	1
Infarct. Myoc.	même si ATCD	4	I = 2 / C = 3	I = 2 / C = 3	1	I = 2 / C = 3
AVC	ATCD	4	I = 2 / C = 3	I = 2 / C = 3	1	2
Hyperlipidémies		2-3*	2*	2*	1*	2*



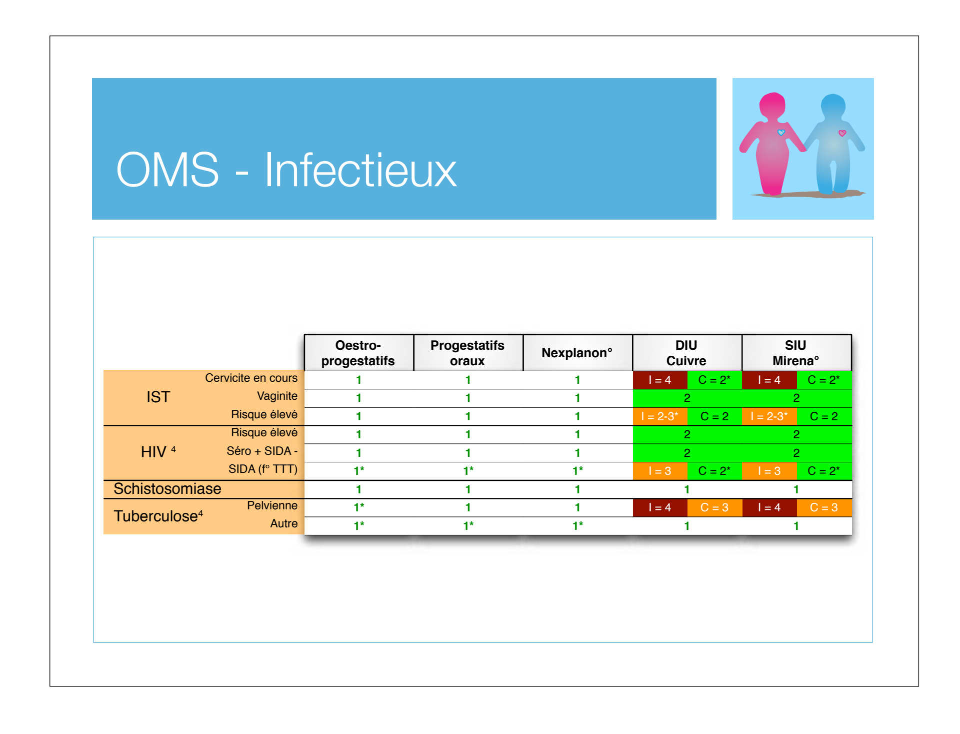
OMS - Neurologique

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Céphalées	Hors migraine	I = 1* C = 2*	1*	1*	1*	1*
	Migraine, âge < 35	I = 2* C = 3*	I = 1* C = 2*	2*	1*	2*
	Migraine, âge ≥ 35	I = 3* C = 4*	I = 1* C = 2*	2*	1*	2*
	Migraine + aura	4*	I = 2* C = 3*	I = 2* C = 3*	1*	I = 2* C = 3*
Epilespie	f° traitement	1*	1*	1*	1	1
Dépression		1*	1*	1*	1*	1*



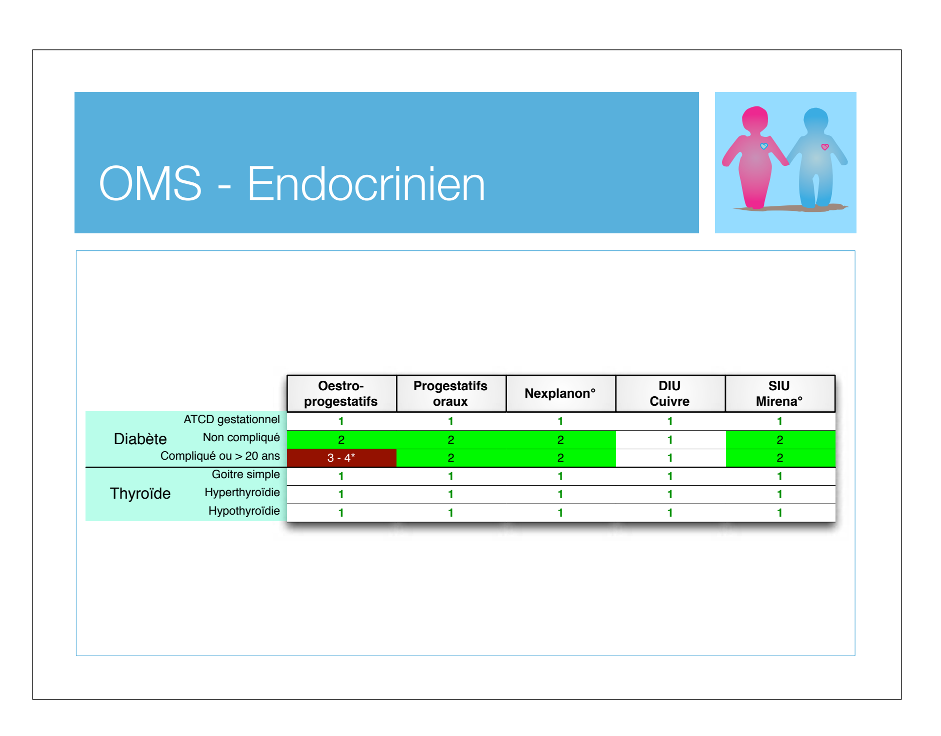
OMS - Gynécologique

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Tumeur du Seins	Non diagnostiqué	2*	2*	2*	1	2
	Bénigne	1	1	1	1	1
	ATCD fam. cancer	1	1	1	1	1
	Cancer en cours	4	4	4	1	4
	Rémission > 5 ans	3	3	3	1	3
Endométriose		1	1	1	2	1
Ovaires	Bénin, kystes...	1	1	1	1	1
	Cancer	1	1	1	I = 3 C = 2	I = 3 C = 2
Dysménorrhée		1	1	1	2	1
Maladie trophoblast.	chute ou hCG -	1	1	1	3	3
	persistance hCG	1	1	1	4	4
Col utérin	Ectropion	1	1	1	1	1
	Dysplasie	2	1	2	1	2
	Cancer non traité	2	1	2	I = 4 C = 2	I = 4 C = 2
Hémorragie génitale	métrorragies	1	2	2	1	1
	ménorragies	1*	2*	2*	2*	I = 1* C = 2*
	non expliquée	2*	2*	3*	I = 4* C = 2*	I = 4* C = 2*
Endomètre	Cancer	1	1	1	I = 4 C = 2	I = 4 C = 2
Myomes utérins	Déformants	1	1	1	4	4
	Cavité normale	1	1	1	1	1
Malformation utérine	Déformante	1	1	1	4	4
	Cavité normale	1	1	1	2	2
Endométrite - Salpingite	Antécédent	1	1	1	2	2
	+ gross. ultérieure	1	1	1	1	1
	En cours	1	1	1	I = 4 C = 2*	I = 4 C = 2*



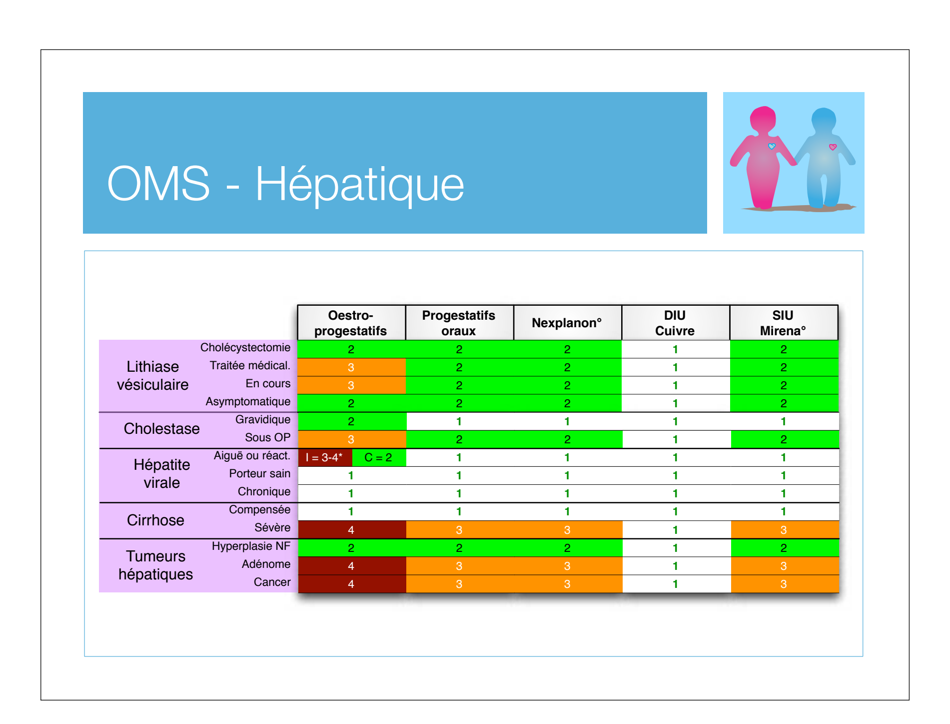
OMS - Infectieux

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
IST	Cervicite en cours	1	1	1	I = 4 C = 2*	I = 4 C = 2*
	Vaginite	1	1	1	2	2
	Risque élevé	1	1	1	I = 2-3* C = 2	I = 2-3* C = 2
HIV [4]	Risque élevé	1	1	1	2	2
	Séro + SIDA -	1	1	1	2	2
	SIDA (f° TTT)	1*	1*	1*	I = 3 C = 2*	I = 3 C = 2*
Schistosomiase		1	1	1	1	1
Tuberculose[4]	Pelvienne	1*	1	1	I = 4 C = 3	I = 4 C = 3
	Autre	1*	1*	1*	1	1



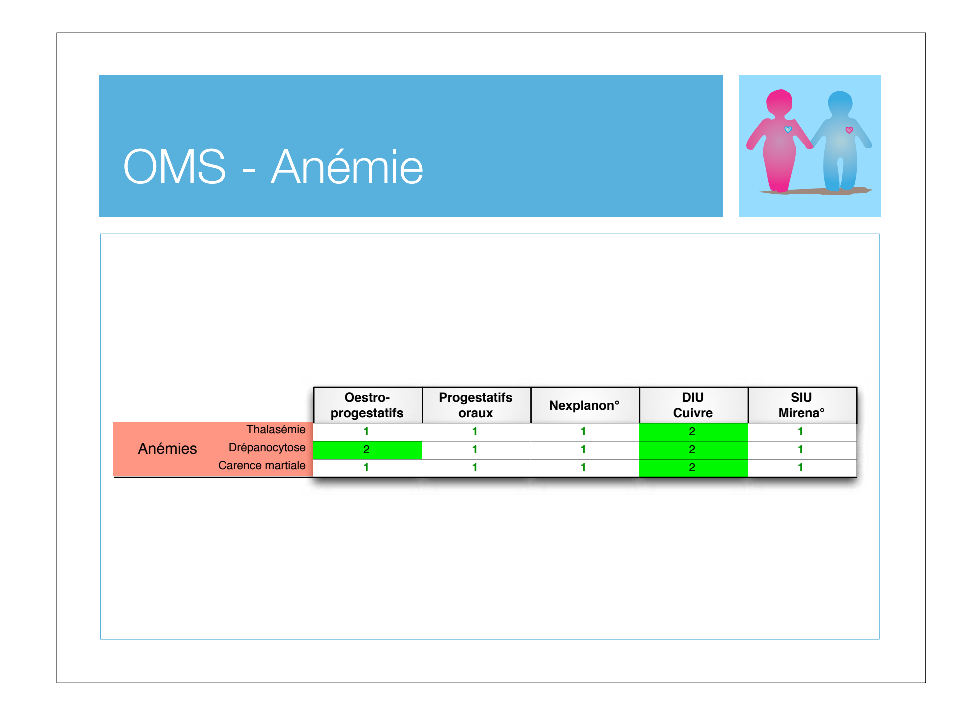
OMS - Endocrinien

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Diabète	ATCD gestationnel	1	1	1	1	1
	Non compliqué	2	2	2	1	2
	Compliqué ou > 20 ans	3 - 4*	2	2	1	2
Thyroïde	Goitre simple	1	1	1	1	1
	Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1
	Hypothyroïdie	1	1	1	1	1



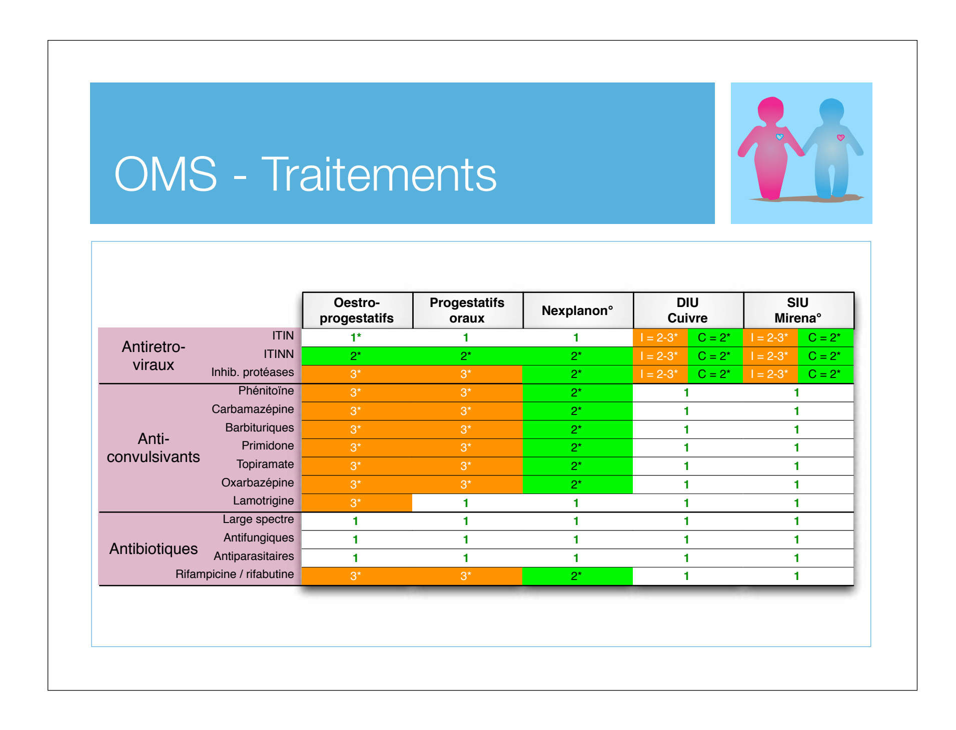
OMS - Hépatique

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Lithiase vésiculaire	Cholécystectomie	2	2	2	1	2
	Traitée médical.	3	2	2	1	2
	En cours	3	2	2	1	2
	Asymptomatique	2	2	2	1	2
Cholestase	Gravidique	2	1	1	1	1
	Sous OP	3	2	2	1	2
Hépatite virale	Aiguë ou réact.	I = 3-4* / C = 2	1	1	1	1
	Porteur sain	1	1	1	1	1
	Chronique	1	1	1	1	1
Cirrhose	Compensée	1	1	1	1	1
	Sévère	4	3	3	1	3
Tumeurs hépatiques	Hyperplasie NF	2	2	2	1	2
	Adénome	4	3	3	1	3
	Cancer	4	3	3	1	3



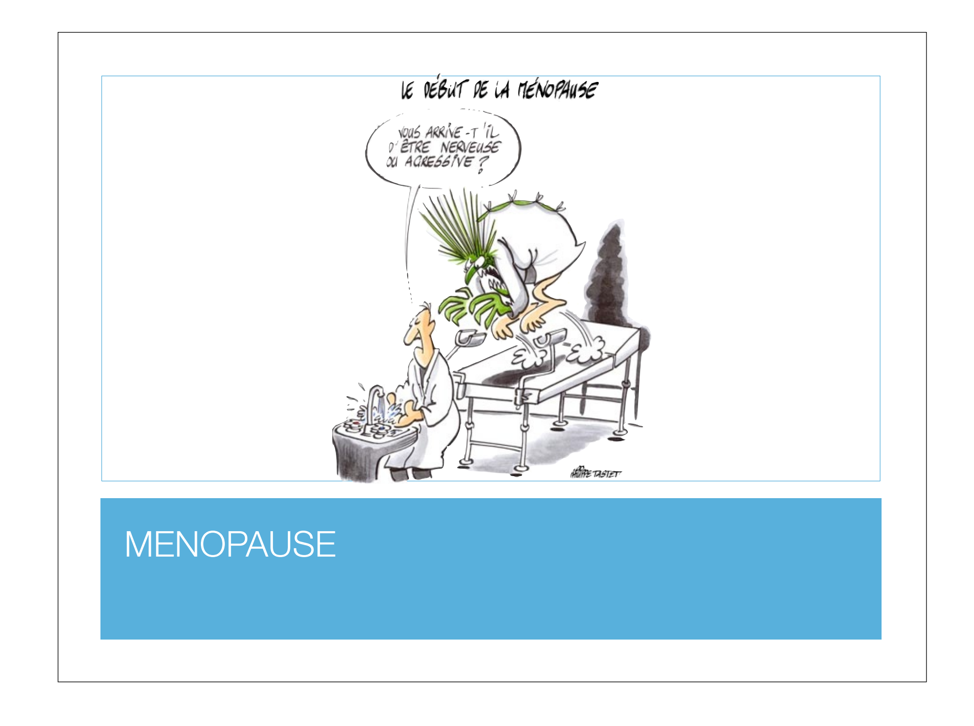
OMS - Anémie

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Anémies	Thalasémie	1	1	1	2	1
	Drépanocytose	2	1	1	2	1
	Carence martiale	1	1	1	2	1



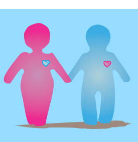
OMS - Traitements

		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Antiretro-viraux	ITIN	1*	1	1	I = 2-3* / C = 2*	I = 2-3* / C = 2*
	ITINN	2*	2*	2*	I = 2-3* / C = 2*	I = 2-3* / C = 2*
	Inhib. protéases	3*	3*	2*	I = 2-3* / C = 2*	I = 2-3* / C = 2*
Anti-convulsivants	Phénitoïne	3*	3*	2*	1	1
	Carbamazépine	3*	3*	2*	1	1
	Barbituriques	3*	3*	2*	1	1
	Primidone	3*	3*	2*	1	1
	Topiramate	3*	3*	2*	1	1
	Oxarbazépine	3*	3*	2*	1	1
	Lamotrigine	3*	1	1	1	1
Antibiotiques	Large spectre	1	1	1	1	1
	Antifungiques	1	1	1	1	1
	Antiparasitaires	1	1	1	1	1
	Rifampicine / rifabutine	3*	3*	2*	1	1

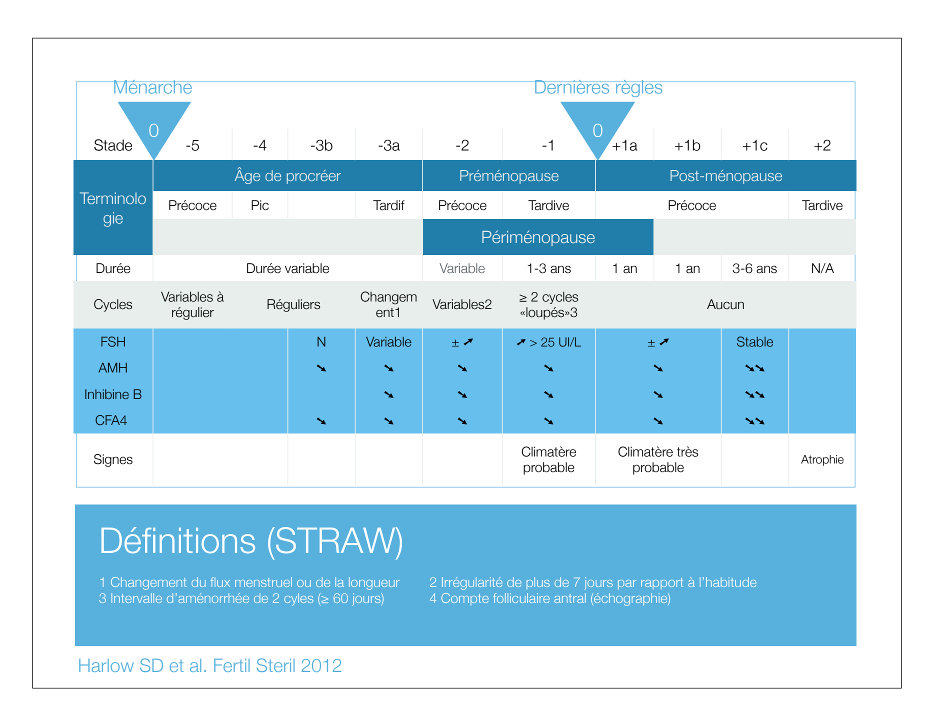


MENOPAUSE

Définitions



- Ménopause : Arrêt définitif des règles
- Périménopause (climatère) : Période de transition autour de la ménopause.
- Préménopause : Du trouble des règles jusqu'à la ménopause
- Post-ménopause : Après la ménopause.



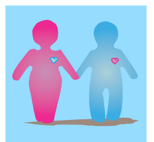
Stade	-5 (Ménarche 0)	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a (Dernières règles 0)	+1b	+1c	+2
Terminologie	Âge de procréer				Préménopause		Post-ménopause			
	Précoce	Pic		Tardif	Précoce	Tardive	Précoce			Tardive
					Périménopause					
Durée	Durée variable				Variable	1-3 ans	1 an	1 an	3-6 ans	N/A
Cycles	Variables à régulier	Réguliers		Changement1	Variables2	≥ 2 cycles «loupés»3	Aucun			
FSH			N	Variable	± ↗	↗ > 25 UI/L	± ↗		Stable	
AMH			↘	↘	↘	↘	↘		↘↘	
Inhibine B				↘	↘	↘	↘		↘↘	
CFA4			↘	↘	↘	↘	↘		↘↘	
Signes						Climatère probable	Climatère très probable			Atrophie

Définitions (STRAW)

1 Changement du flux menstruel ou de la longueur
2 Irrégularité de plus de 7 jours par rapport à l'habitude
3 Intervalle d'aménorrhée de 2 cyles (≥ 60 jours)
4 Compte folliculaire antral (échographie)

Harlow SD et al. Fertil Steril 2012

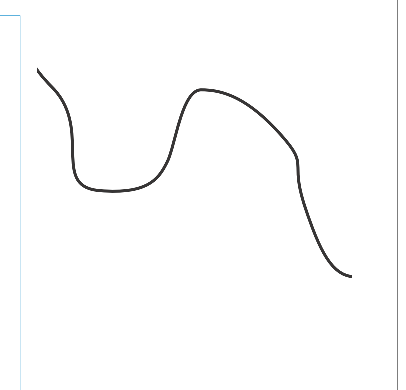
Plus rapide...



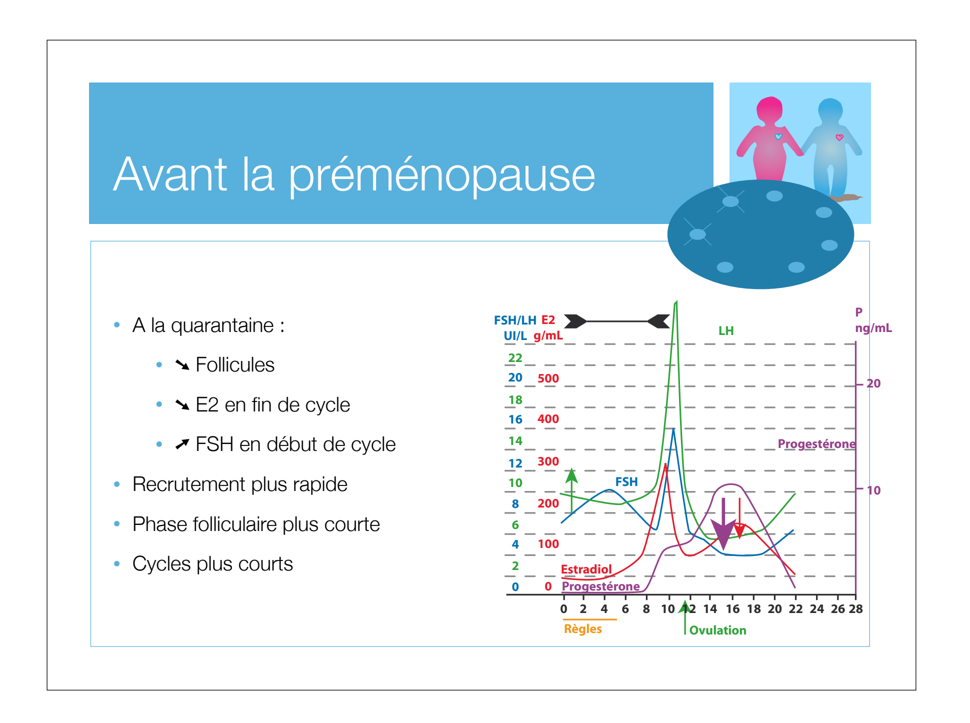
- Ménopause : 3 mois sans règles malgré l'administration cyclique d'un traitement progestatif...

Mais rien n'est vraiment sûr

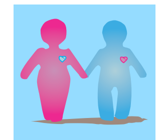
- Les ovaires produisent encore des hormones (estradiol, testo, androstenedione) jusqu'à 5 ans après la ménopause clinique (Brodowski J. Gynecol Endocrinol 2012).





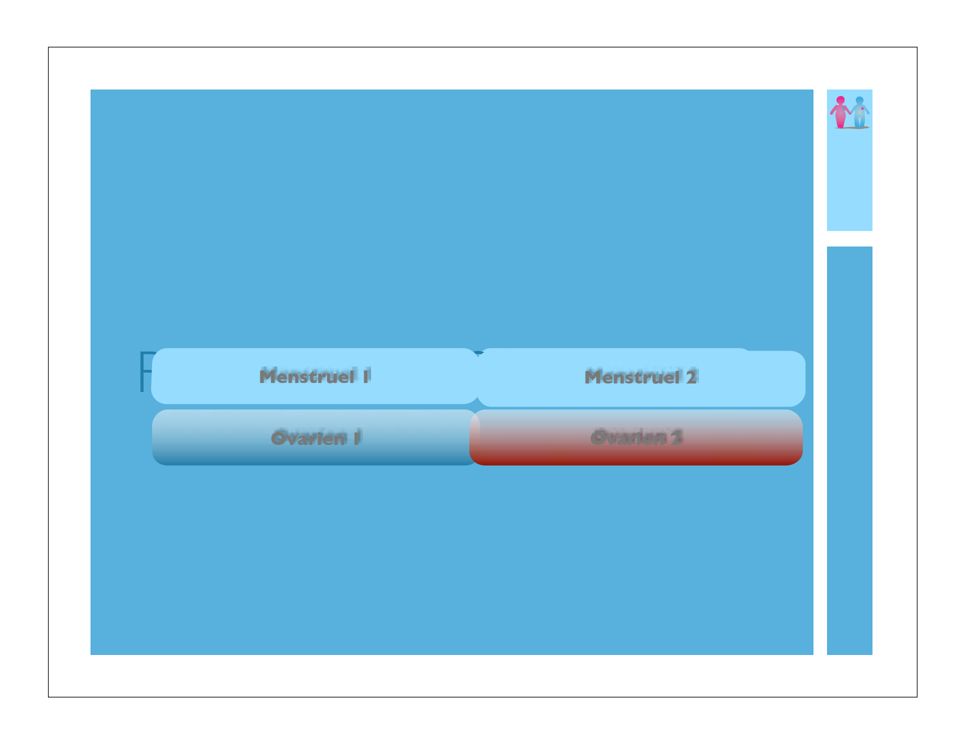


Cycle court

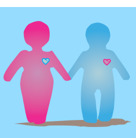


- Signe une réserve ovarienne diminuée
- Décalage entre le cycle utérin (menstruel) et ovarien
  - le début du cycle ovarien suivant empiète sur la fin du cycle ovarien précédent.

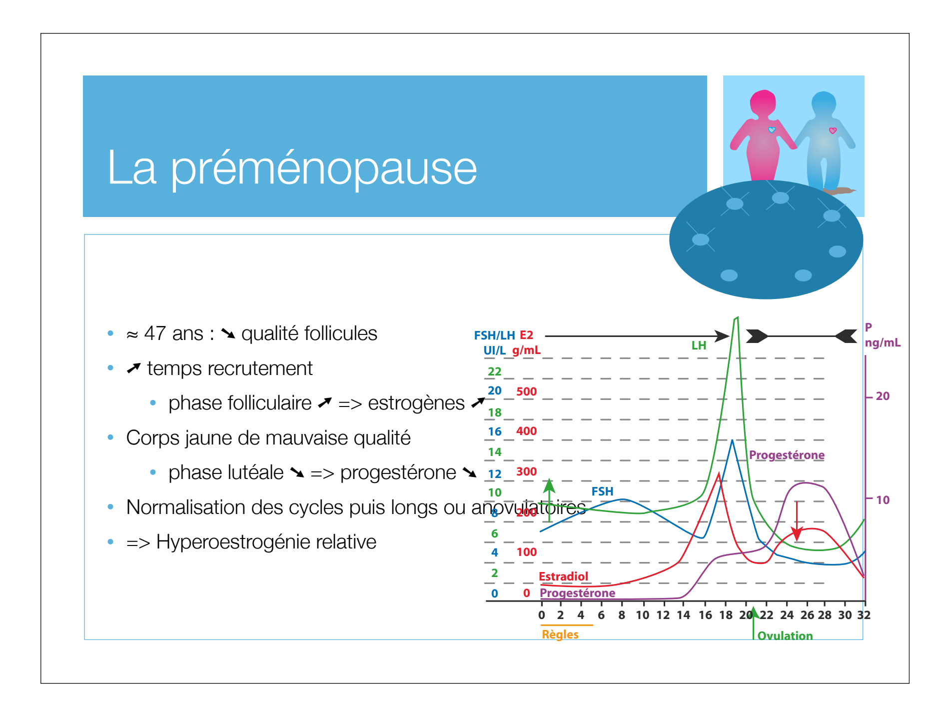




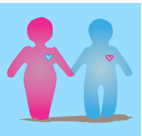
CYCLE COURT



- Signe une réserve ovarienne diminuée
- Décalage entre le cycle utérin (menstruel) et ovarien
  - le début du cycle ovarien suivant empiète sur la fin du cycle ovarien précédent.

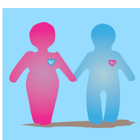


Préménopause : précoces - Troubles du cycle



- Métrorragies (/!\ cause organique)
- Aménorrhées (< 1 an sinon ménopause !)

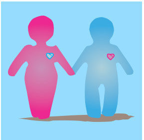
Préménopause - Précoce
Sd Premenstruel



I have PMS...got it?

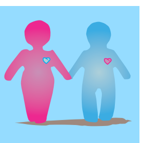
- Physique : œdème, prise de poids, tension mammaire
- Psychiques : irritabilité, agressivité, humeur dépressive
- Psychiatrique : aggravation si sous-jacents

Le syndrome premenstruel...



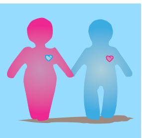
- Léger : Pas d'interférence dans la vie sociale/personnelle ou professionnelle
- Modéré : Interférence existantes mais possibilité d'interaction avec l'entourage même si altéré.
- Sévère : Interaction impossible, interrompt des activités sociales ou professionnelles (resistant au traitement) : 3-24 % de la population (Panay N. Obstet Gynecol. 2011).

Préménopause : clinique
Modifications précoces



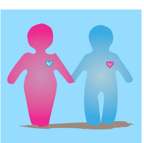
- Cutanées liées à une hyperandrogénie relative :
  - Acné prémenstruelle
  - Cheveux gras
  - Hypertrichose (malaire, lèvre supérieure…)

Préménopause : clinique
Modifications tardives



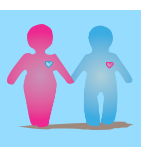
- Endomètre => méno-métrorragies :
  - Hyperplasie simple ou glandulokystique
  - /!\ cancer de l'endomètre
- Myomètre : développement des fibromes plurifactoriel
  - Nécrobiose aseptique => douleur
  - Développement => dyspareunies profondes, compression organes de voisinage…

Préménopause : clinique Modifications tardives



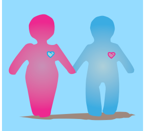
- Seins : rappel
  - Œstrogènes => croissance canaux galactophores + conjonctif
  - Progestérone => maturation lobules glandulaires
- Conséquences : maladie fibro-kystique du sein
  - Kystes simples (dilatation galactophores)
  - Hyperplasie canalaire (/!\ Kc Sein, surtout si atypique).
  - Fibrose (dév. irrégulier du conjonctif)

Préménopause : Conduite à tenir



- Traitement de l'hyperœstrogénie relative => PROGESTATIF
  - En 2e partie du cycle (ex : Lutéran® 5, 1 cp par jour du 16e au 25e jour)
  - Ou en association dans un œstro-progestatif (/!\ Contre-indications)
  - ± activité antiandrogénique : acétate de cyprotérone (Androcur®)
  - SIU à la progestérone (ménorragies ++) : Mirena
- 2e Solution : mise en ménopause

Sd Prémenstruel



1ère intention

- Exercice, thérapie cognitive-comportementale, Vitamine B6 (2-10 mg/j)
- Estro-progestatifs (Yaz°, Cilest°…)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) en continu ou en phase lutéale

2e intention

- Patch d'estradiol (100 µg) + progestatifs type duphaston (J17-28) ou Mirena
- Doses plus élevées d'IRS

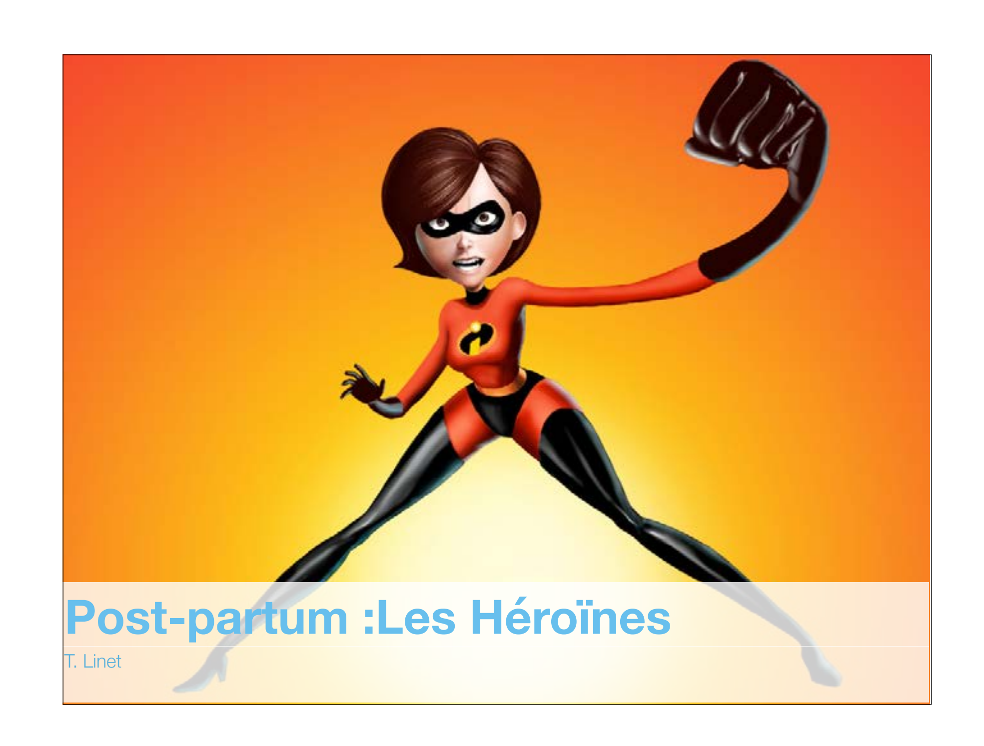
3e intention

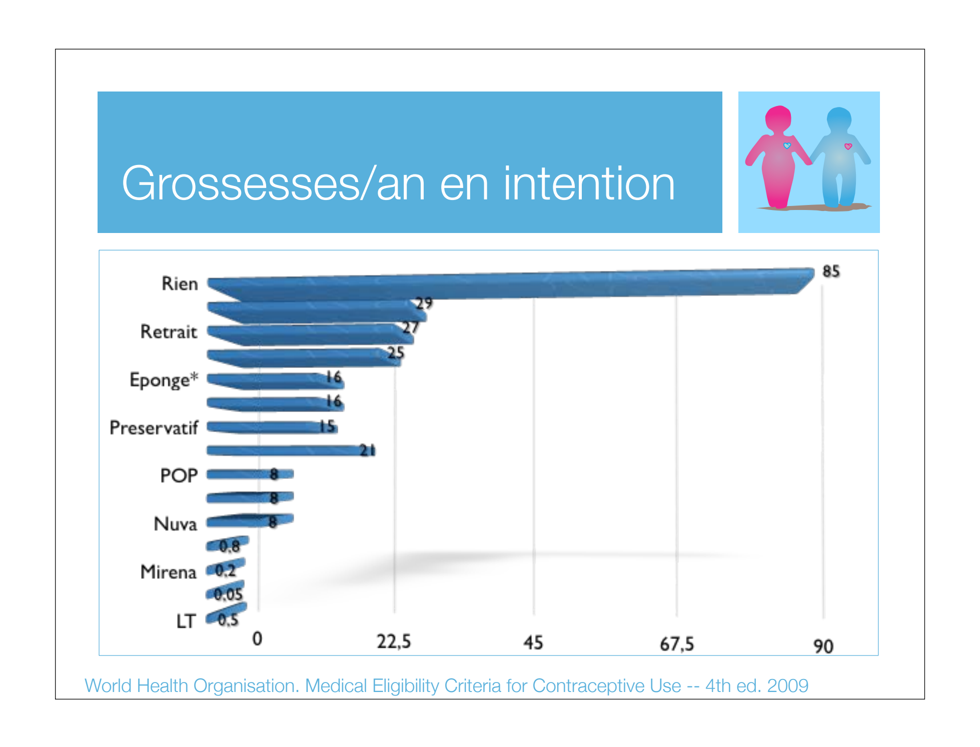
- Analogues de la GnRH + Addback thérapie (oestro-progestatif)

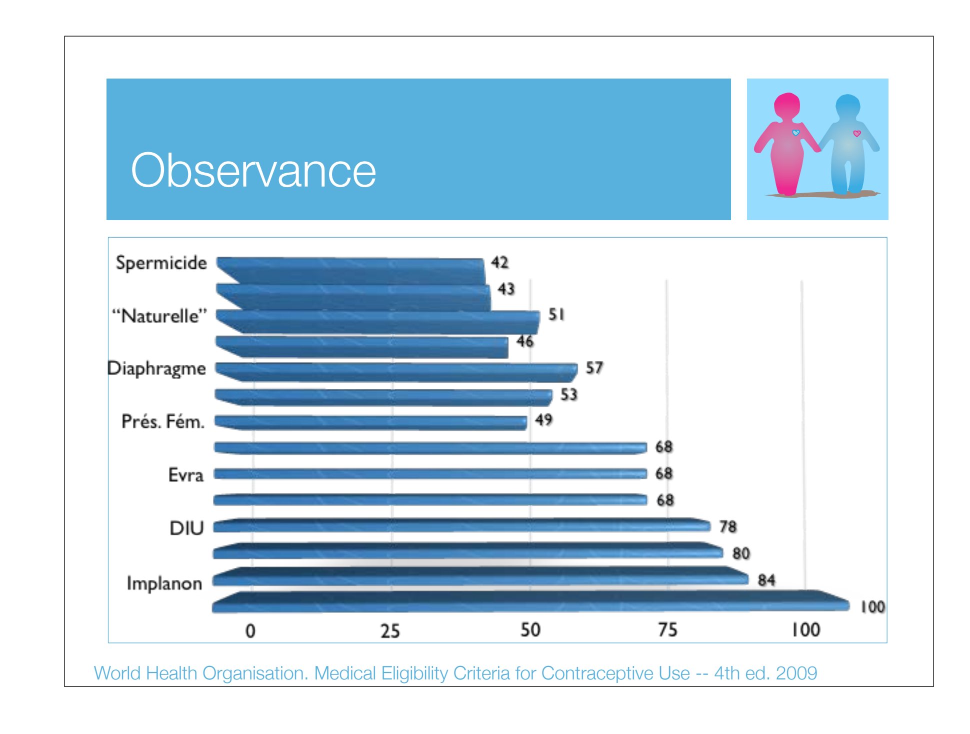
4e intention

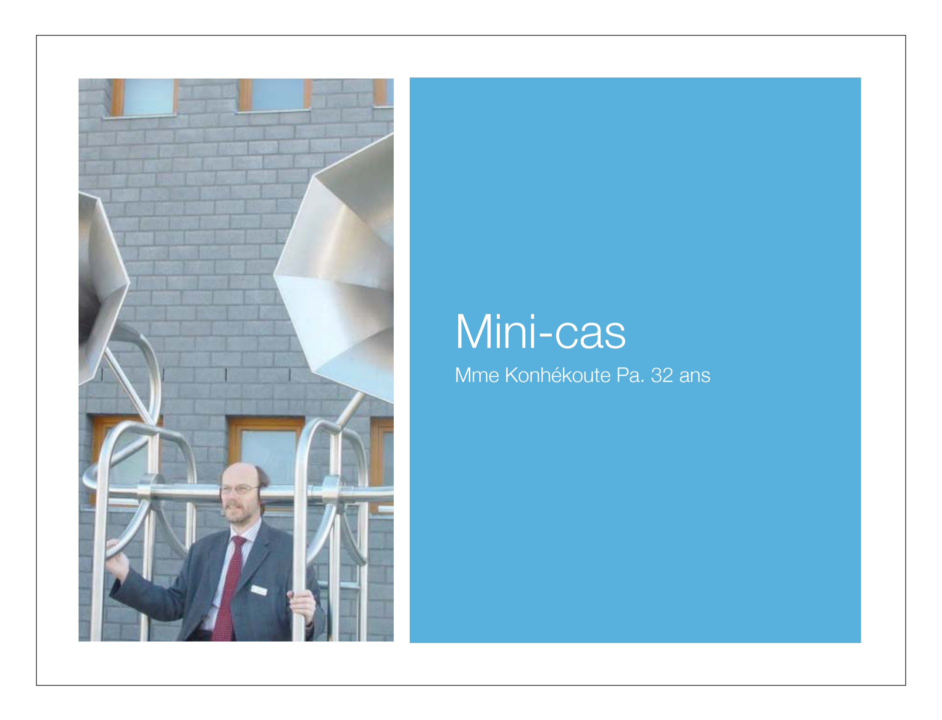
- Hystérectomie totale + THM

Panay N. Obstet Gynecol 2011



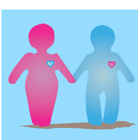

Grossesses/an en intention
Rien
Retrait
Eponge*
Preservatif
POP
Nuva
Mirena
LT
85
29
27
25
16
16
15
21
8
8
8
0,8
0,2
0,05
0,5
0
22,5
45
67,5
90
World Health Organisation. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use -- 4th ed. 2009


Observance
Spermicide
"Naturelle"
Diaphragme
Prés. Fém.
Evra
DIU
Implanon
42
43
51
46
57
53
49
68
68
68
78
80
84
100
0
25
50
75
100
World Health Organisation. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use -- 4th ed. 2009


Mini-cas
Mme Konhékoute Pa. 32 ans

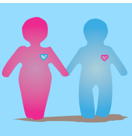

Motif de consultation
Postnatale...
Début de grossesse à 5 SA + 2 jours le 30/06/2011

Minicas - ATCD Chir



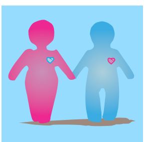
- 2010 : Rétrognatie avec avancée mandibulaire

Minicas - ATCD Med



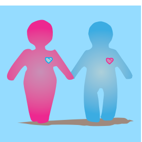
- Groupe O Rh NÉGATIF
- Taille 1,63 m/Poids avant grossesse 58 kg
- Poids actuel 58 kg (BMI = 22)

Minicas - ATCD Gyn



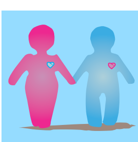
- Menarche à 13 ans
- Cycles moyens 45 jours (7 cycles par ans)
- Pas de syndrome prémenstruel ou d'algoménorrhée
- Dernier FCV : 01/01/2010 env.

Minicas - ATCD Obs



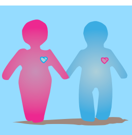
- 02/2011 : F (Ines) GNAT Voie basse 3640g AM court (à postériori) va bien — CHU Nantes
  - Pas de contraception donnée (aménorrhée lactationnelle)

Minicas - ATCD Fam



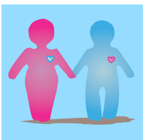
- Oncologiques : cancer du sein mère découvert à l'âge de 48 ans.

Minicas — Habitus



- Profession : audioprothésiste
- Tabac : 2 cig/j
- Alcool occasionnel
- Pas de notion de toxiques ou de violence

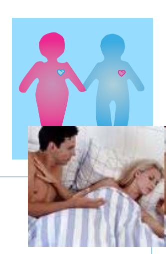
Pourquoi ?



- 5 % d'IVG dans le post-partum (6 mois après une naissance).
- Pose la question du moment de l'information dispensée
  - Préparation ?
  - J2/J3 ?
  - En SDC ?

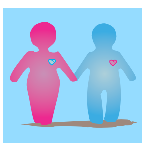


La sexualité



- Reprise de l'activité sexuelle :
  - 1 mois : 62 %
  - 2 mois : 62 %
  - 3 mois : 81 %
  - 6 mois : 89 %

Pensez à une roue de secours

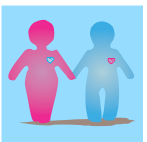


- Un allaitement peut être interrompu pour de multiples raisons
  - => prescription quoiqu'il arrive
- 30 % des patientes ne viennent pas à la consultation post-natale
  - => 1 an sur l'ordonnance cela ne coûte rien

Cas N° 1

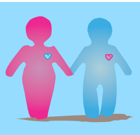
Mme Toupeutari V. 35 ans

Cas 1 — Pourquoi



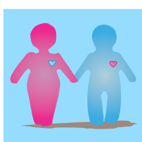
- Vous voyez en consultation postnatale Mme Toupeutari V.
- Elle vient d'accoucher en 2013 d'un Paul par voie basse de 3650g (grossesse spontanée).

Cas 1 — Les antécédents



- Chirurgicaux :
  - 2008 : Salpingectomie droite pour salpingite aiguë
  - 2008 : Adhésiolyse postopératoire
- Obstétricaux :
  - 2011 : Charline grossesse après 3e IAC (5 ans d'infertilité)

Cas 1 — A l'entretien 1



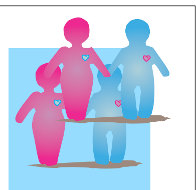
- Va bien, bébé aussi.
- Allaitement en fin de sevrage.
- Pas de retour de couches pour le moment.
- Douleur résiduelle sur la cicatrice d'épisiotomie (cicatrice chéloïde).

Cas 1 — Question

La patiente finalement choisi une contraception par pilule oestroprogestative.
Laquelle choisissez vous ?

The Cochrane Library Evidence for healthcare decision-making

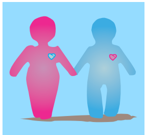
La Cochrane



- Pas grand-chose : études « pauvres » sur le plan épidémiologique (CONSORT).
- Moins de métrorragie dans le groupe 3e génération.
- Moins de mastodynies et de nausées dans le groupe désogestrel vs drospirenone.
- Pas de différence en taux de grossesse...
- Les 3es générations semblent préférables

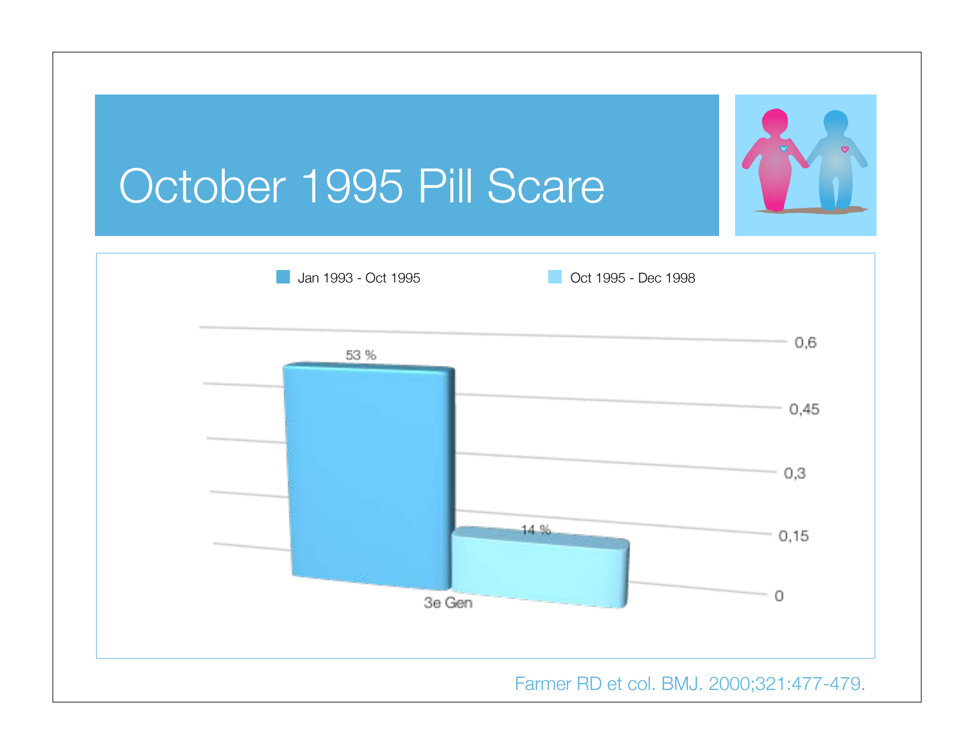
Lawrie TA. Cochrane Database Syst Rev. 2011;CD004861.

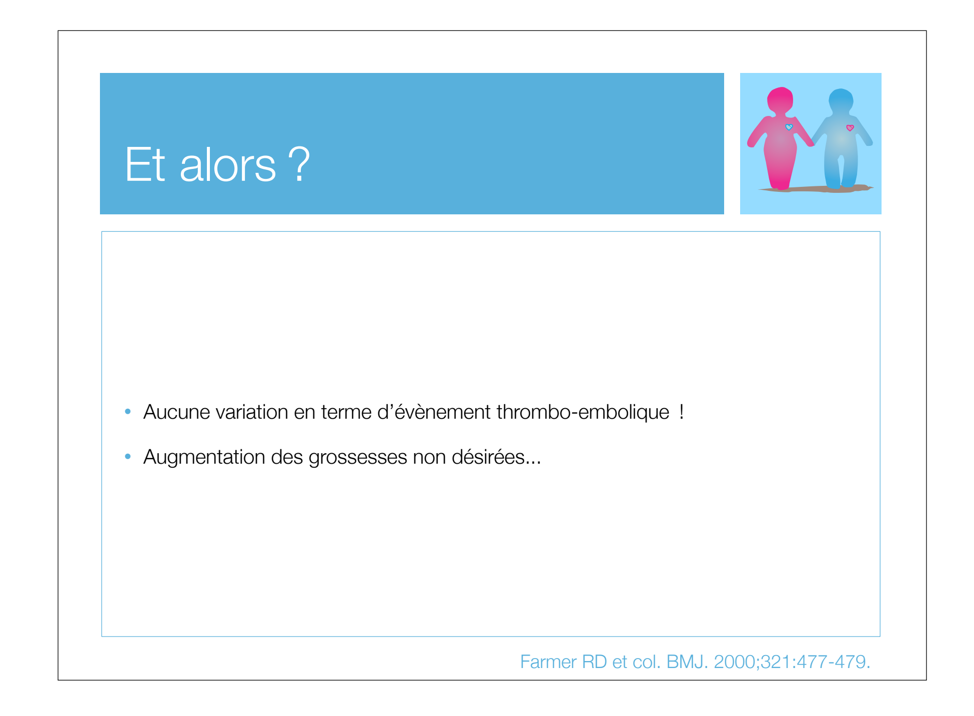
Polémique

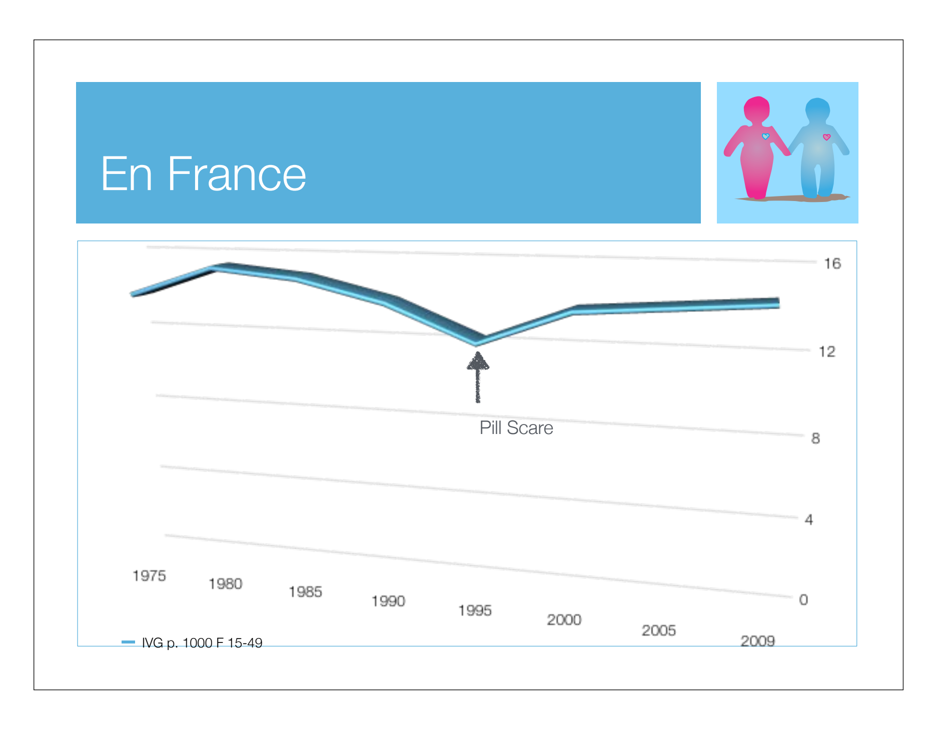


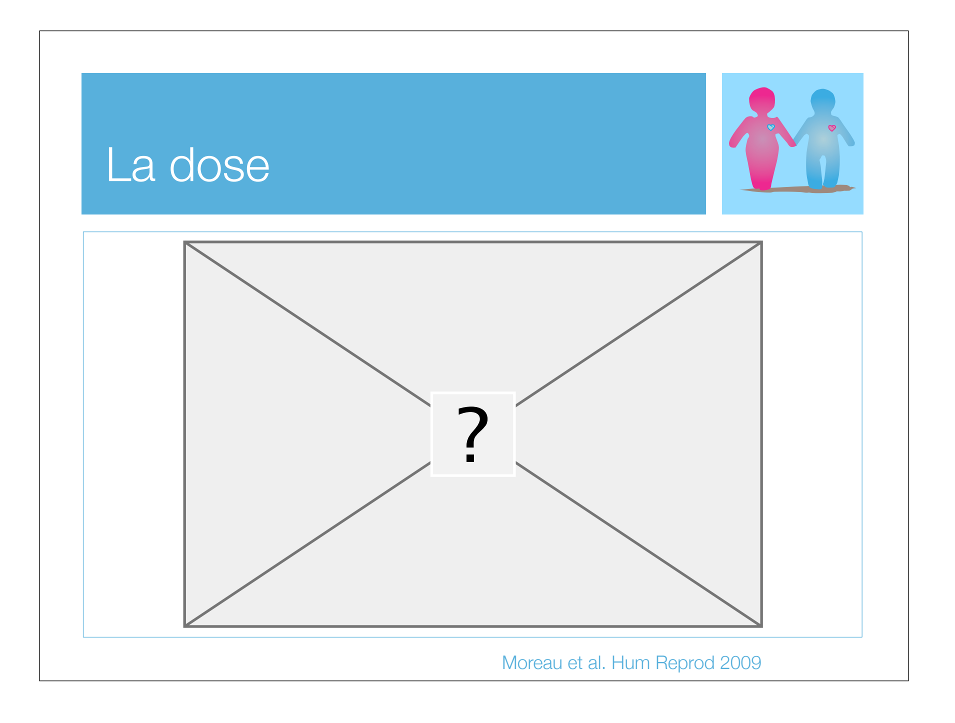
- HAS 2013 : « Il est recommandé de prescire un 1e intention une pilule combinée contenant de la noréthisterone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol. »

HAS 2013


October 1995 Pill Scare
Jan 1993 - Oct 1995
Oct 1995 - Dec 1998
53 %
14 %
3e Gen
0,6
0,45
0,3
0,15
0
Farmer RD et col. BMJ. 2000;321:477-479.


Et alors ?
Aucune variation en terme d'évènement thrombo-embolique !
Augmentation des grossesses non désirées...
Farmer RD et col. BMJ. 2000;321:477-479.


En France
16
12
8
4
0
Pill Scare
1975
1980
1985
1990
1995
2000
2005
2009
IVG p. 1000 F 15-49

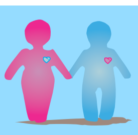

La dose
?
Moreau et al. Hum Reprod 2009

L’oubli : LE point noir !!



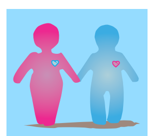
- Etude Coraliance (2005) sur 2306 femmes
  - 22,5 % d’oubli au cours du dernier cycle avant inclusion
  - 6e cycle de suivi : 14,8 % d’oubli
    - 13,6 en schéma continu
    - 16,8 en schéma discontinu

Alors ?



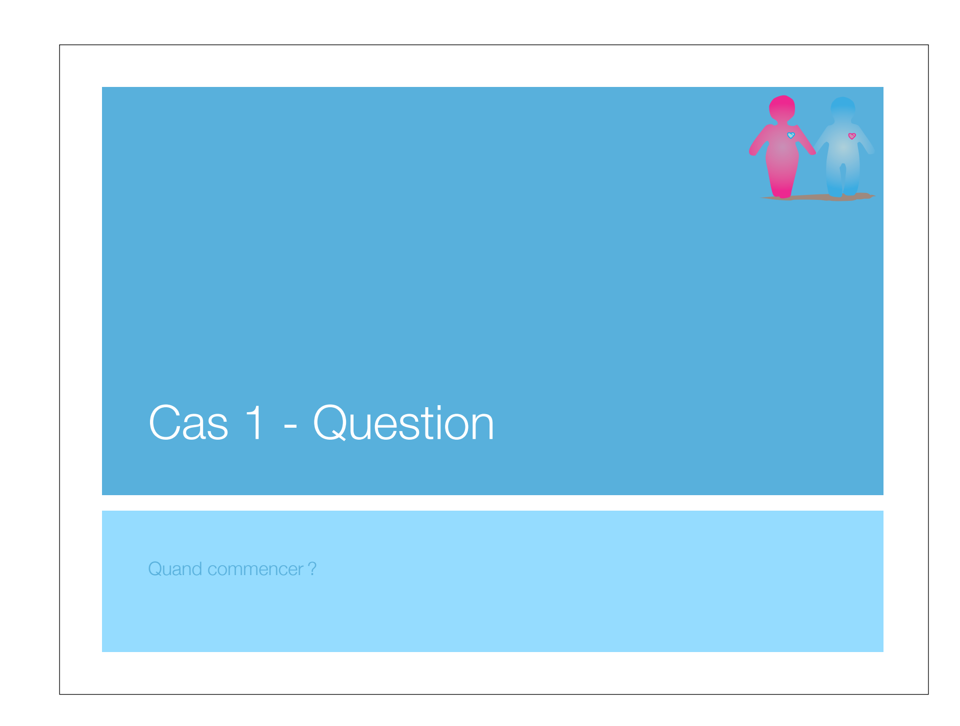
Question	Réponse
Génération	Peu importe pour la patiente. 2e génération pour le prescripteur.
Dosage	30 µg
Rythme	Continu
Nombre cp actifs	24 / 28 jours

Donc…



Œstroprogestatifs Oraux

Gen	Princeps	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Plaquette
1	Triella	-	Noréthistérone 0,5-0,75-1 mg	5-13 h	EE 35 µg		Remb.	1,88 €	3,24 €	-
2	Stédiril	-	Norgestrel 500 µg	24-55 h	EE 50 µg		Remb.	1,90 €	3,89 €	Jours semaine
2	Minidril	Ludéal Gé, Zikiale Gé	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Optidril	-	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Leeloo Gé	Lovavulo Gé	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	OptiLova	-	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Adépal	Pacilia - Gé	Levonorgestrel 150 - 200 µg	24-55 h	EE 30 - 40 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Numéros
2	Trinordiol	Amarance Gé, Daily Gé, Evanecia Gé	Levonorgestrel 50-75-125 µg	24-55 h	EE 30-30-40 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Numéros

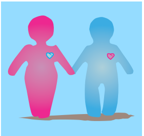


HAS Hors Allaitement
(VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	2	2	2	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	3	3	2	2

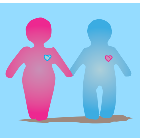
Les facteurs de risque



- Plus de 35 ans,
- Antécédent thrombo-embolique (SIC),
- Thrombophilie (SIC) et mutations à risque,
- Immobilité,
- Transfusion à la naissance,
- IMC > 30,
- Hémorragie du post-partum,
- Cardiomyopathie du post-partum,
- Césarienne,
- Prééclampsie,
- Tabac.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883

Réévaluation de l'OMS



- Risque thrombo-embolique ↗ 22 à 84 fois dans le post-partum jusqu'au 42e jour.
- Les patientes ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires ne devraient plus commencer leur contraception qu'avant le 42e jour.

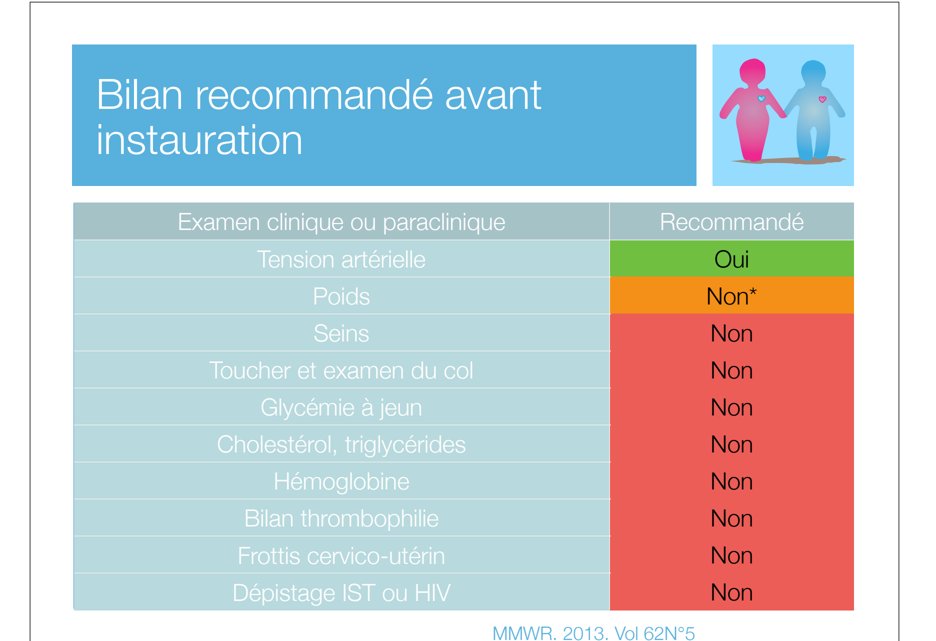
MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883

HAS Allaitement
(VB ou César...)



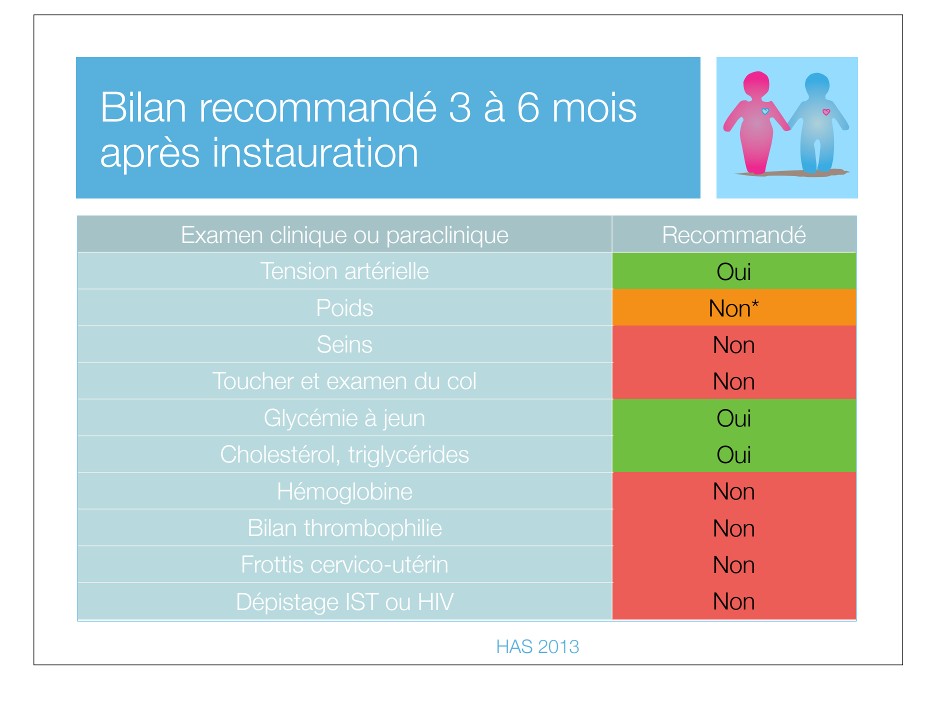
	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	3	3	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	4	4	3	2


Quel bilan ?


Bilan recommandé avant instauration

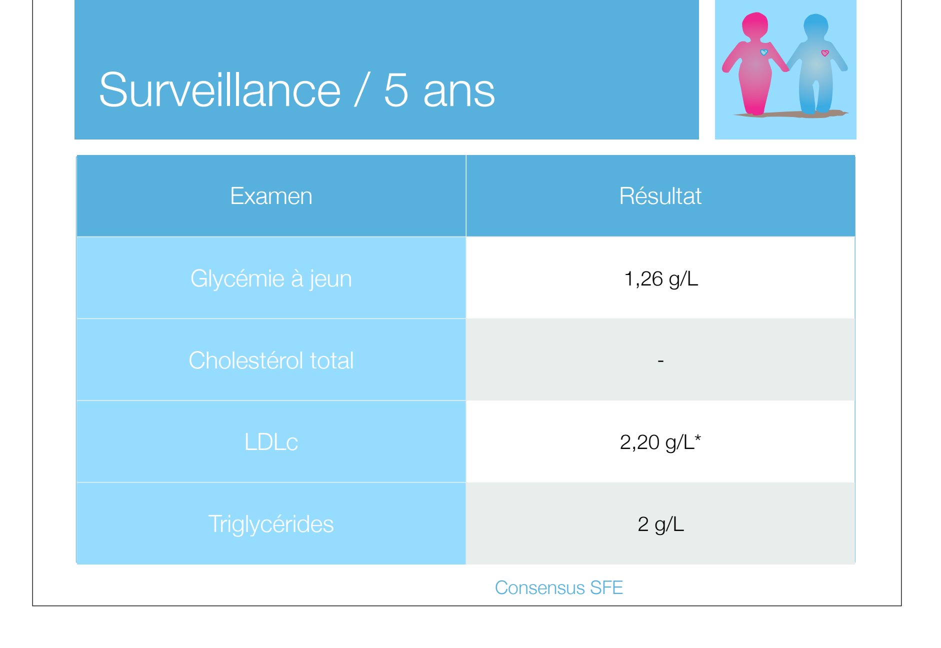
Examen clinique ou paraclinique	Recommandé
Tension artérielle	Oui
Poids	Non*
Seins	Non
Toucher et examen du col	Non
Glycémie à jeun	Non
Cholestérol, triglycérides	Non
Hémoglobine	Non
Bilan thrombophilie	Non
Frottis cervico-utérin	Non
Dépistage IST ou HIV	Non

MMWR. 2013. Vol 62N°5


Bilan recommandé 3 à 6 mois après instauration

Examen clinique ou paraclinique	Recommandé
Tension artérielle	Oui
Poids	Non*
Seins	Non
Toucher et examen du col	Non
Glycémie à jeun	Oui
Cholestérol, triglycérides	Oui
Hémoglobine	Non
Bilan thrombophilie	Non
Frottis cervico-utérin	Non
Dépistage IST ou HIV	Non

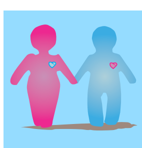
HAS 2013


Surveillance / 5 ans

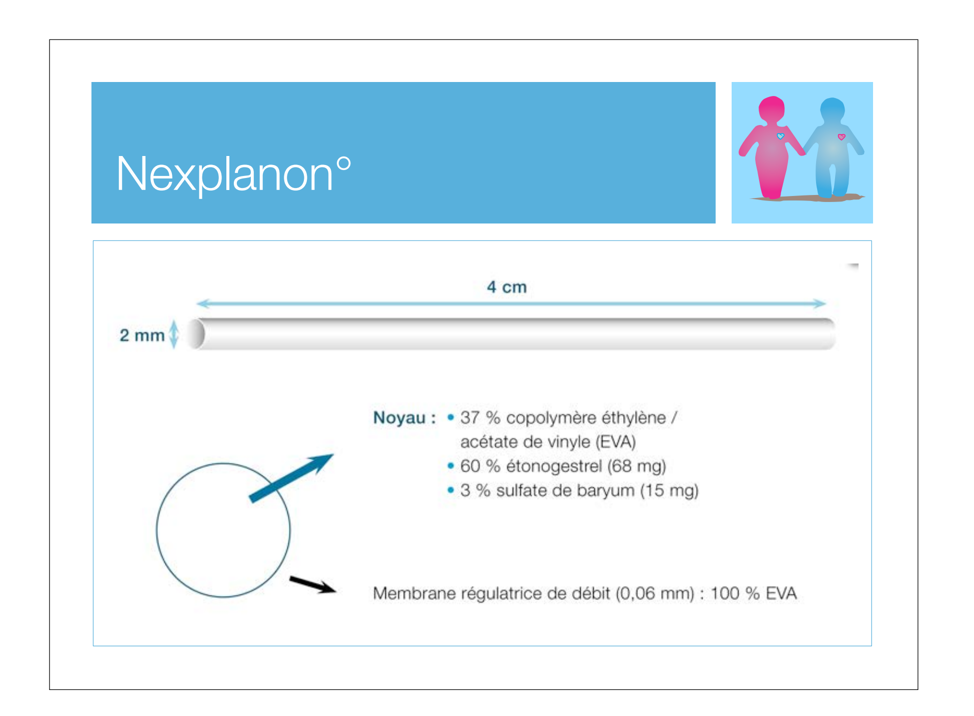
Examen	Résultat
Glycémie à jeun	1,26 g/L
Cholestérol total	-
LDLc	2,20 g/L*
Triglycérides	2 g/L

Consensus SFE

Cas 1 — Question



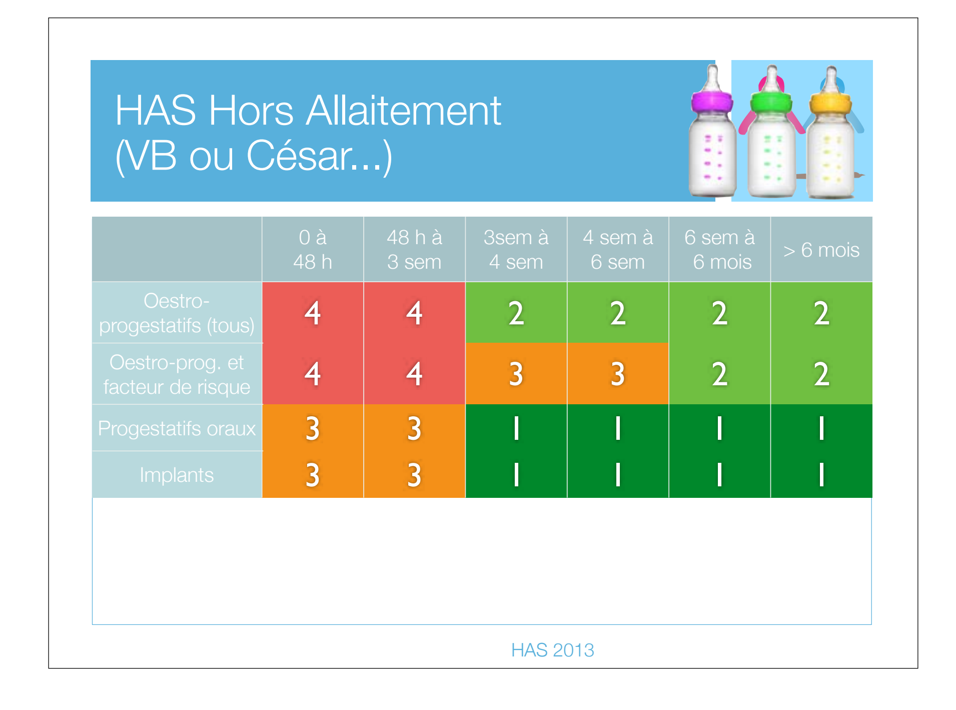
- Finalement, la patiente choisit de prendre l'implant Nexplanon° « comme sa copine » parce qu'elle n'a plus de règles.
- Quand pouvez vous instaurer cette contraception ?



HAS Allaitement
(VB ou César...)

	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	3	3	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	4	4	3	2
Progestatifs oraux	3	3	1	1	1	1
Implants	3	3	1	1	1	1

HAS 2013

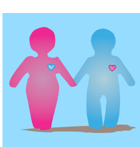


HAS Hors Allaitement
(VB ou César...)

	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	2	2	2	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	3	3	2	2
Progestatifs oraux	3	3	1	1	1	1
Implants	3	3	1	1	1	1

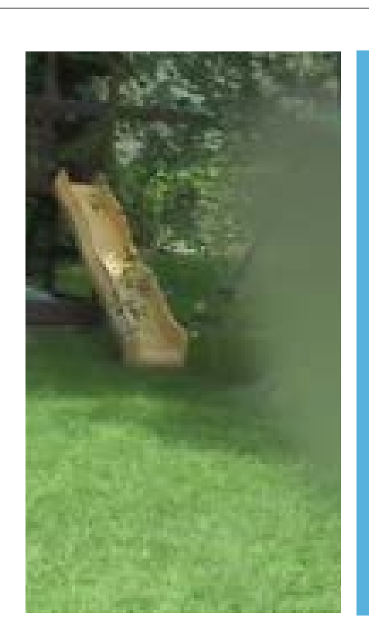
HAS 2013

Les recommandations du CDC [1]



- Cette société savante s'exprime en faveur de la pose immédiate du Nexplanon° après la naissance (tout comme le DIU ou le SIU).
  - N'augmente pas le risque de retrait pour métrorragie [2]

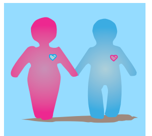
[1] MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883 [2] NP 2 - Ireland LD. Contraception 2014.



Cas 2

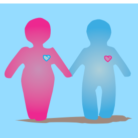
Mme Mécijémal, 35 ans

Cas 2 — Motif



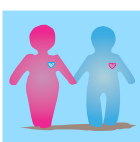
- Visite postnatale

Cas 2 - ATCD Chir



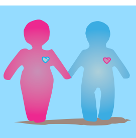
- Appendicectomie à l'âge de 16 ans
- Végétations, dents de sagesse
- Cloison nasale (cornets) à l'âge de 15 ans
- Kyste pilonidal en 2011

Cas 2 - ATCD MED



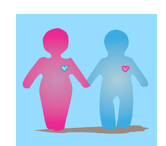
- Taille 1,62 m/Poids 75 Kg avant grossesse
- Poids actuel 82 kg (BMI 31)
- Allergie : AINS
- Pathologie : Migraine avec aura visuelle

Cas 2 — ATCD OBST



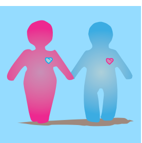
- 2010 : IVG médicale à 8 SA environ
- 2011 : F (Lili) GNAT Césarienne (RCF non rassurant) 3640g AM en cours

Cas 2 — ATCD Gyn



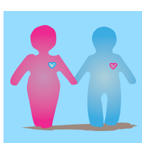
- Ménarche à 13 ans, cycles moyens de 28 jours
- Algoménorrhée à 7/10 EVA
- Dernier FCV le 01/02/2010
- Notion d'infertilité chez le frère (OATS)

Cas 2 — ATCD Fam

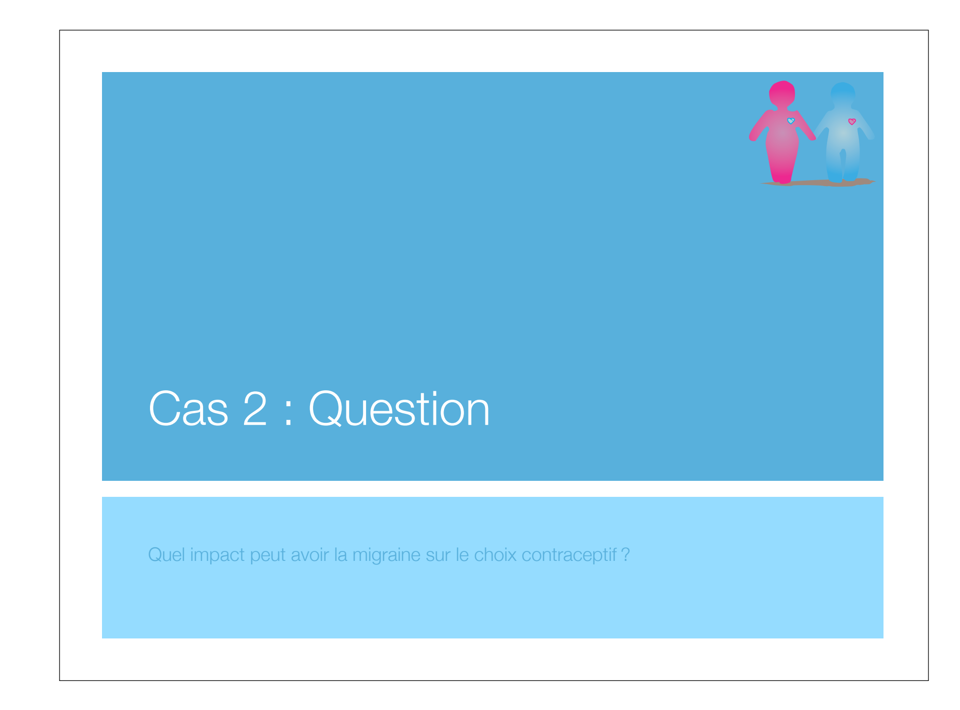


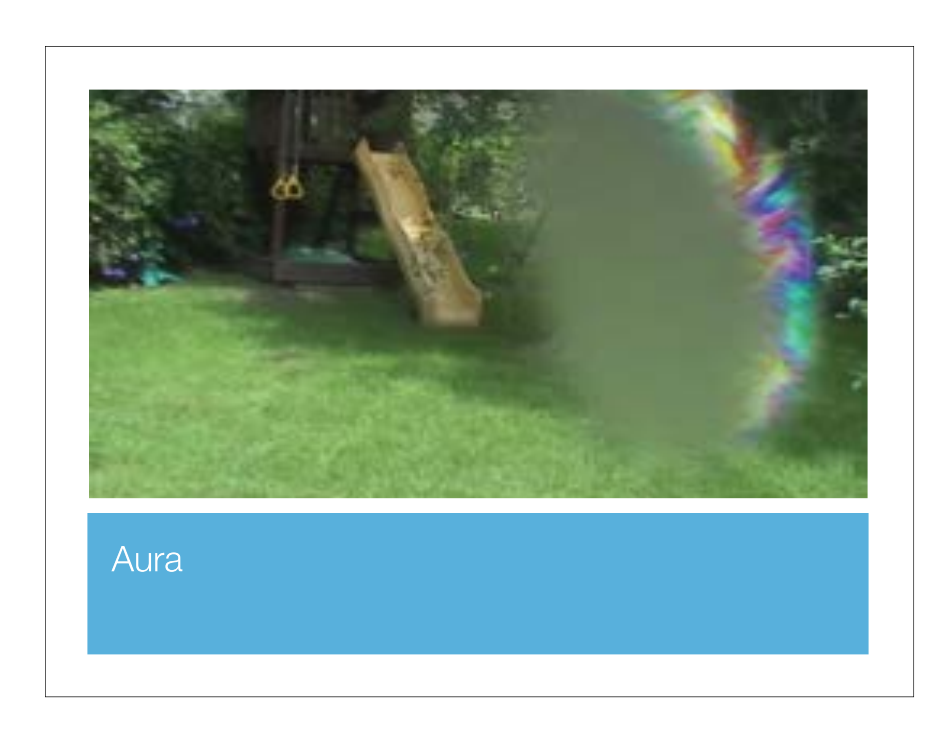
- Oncologique : RAS
- Cardiovasculaire : Phlébite grand père maternel à l'âge de 72 ans. HTA Parents

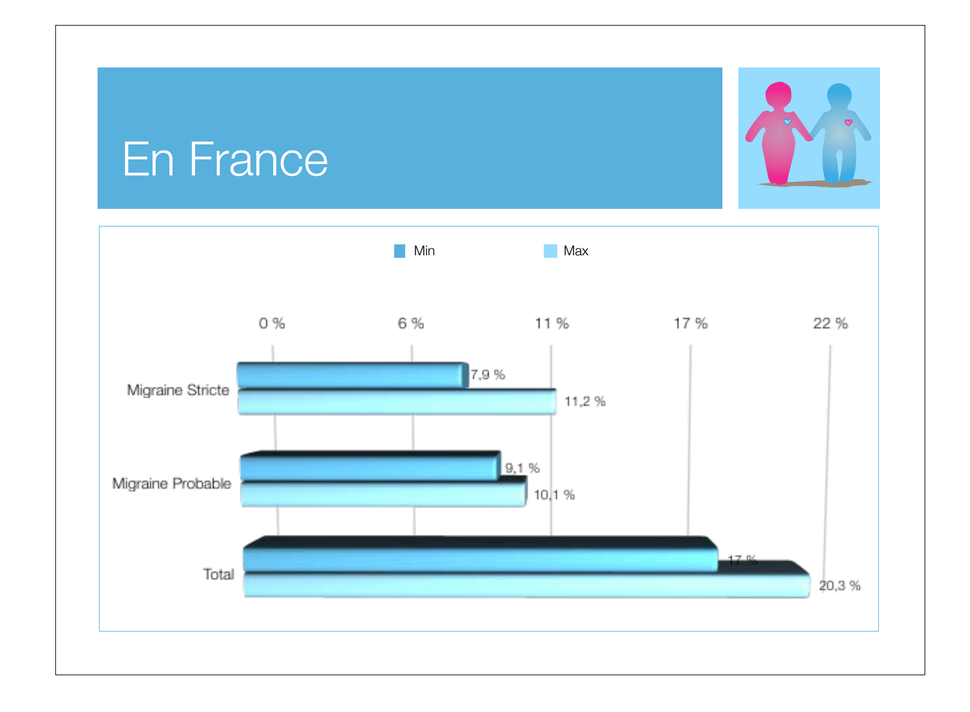
Cas 2 — Habitus

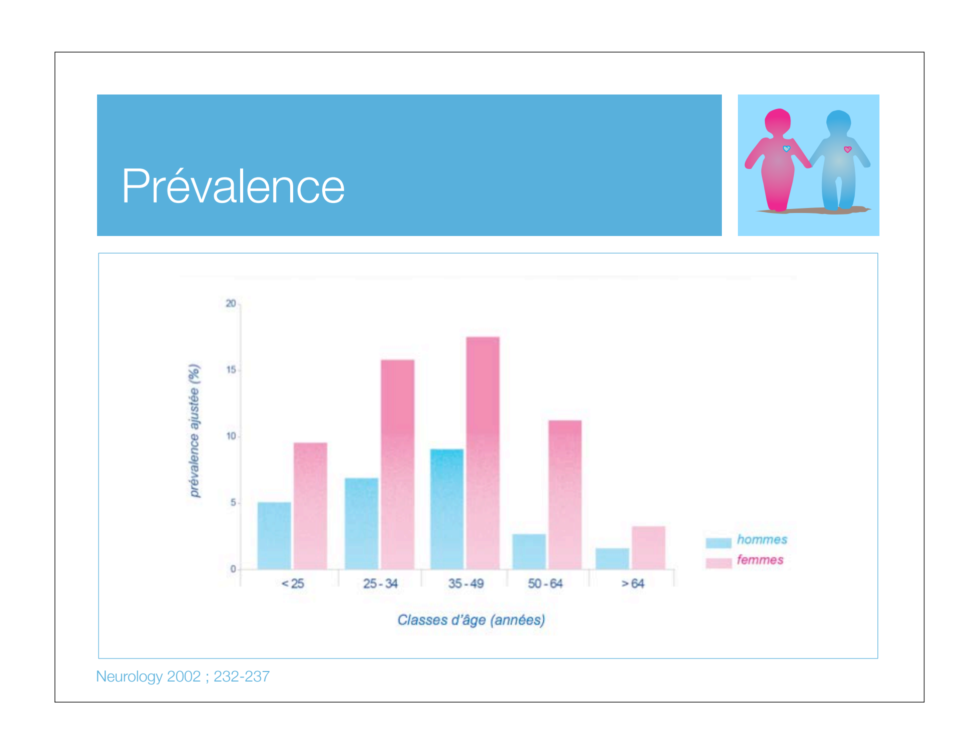


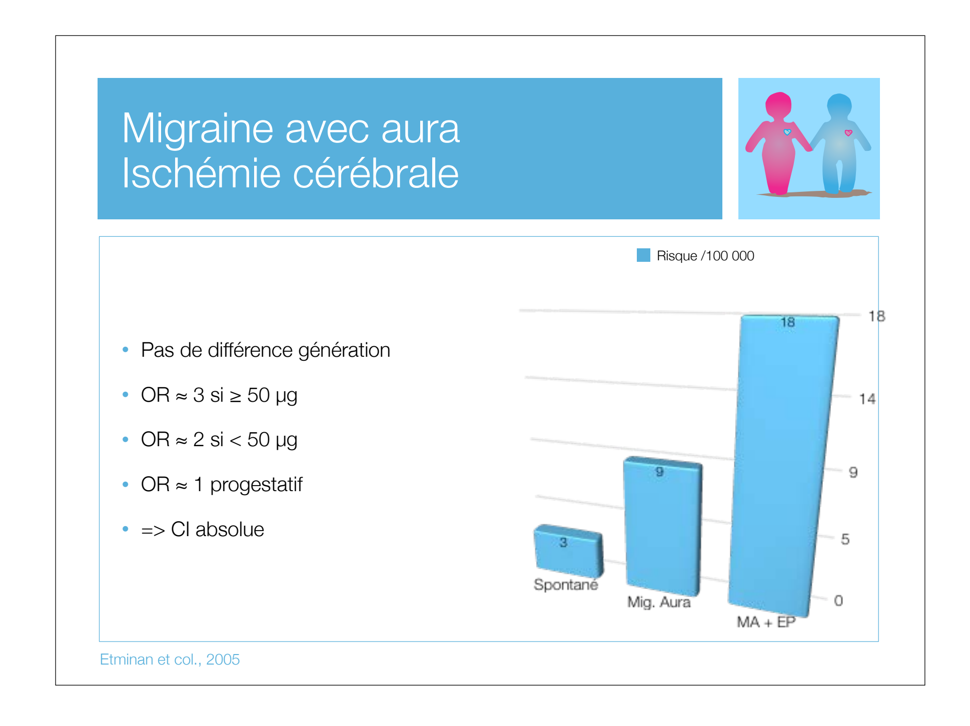
- Profession : responsable du personnel
- Tabac : 5 cig/j
- Alcool : en soirée
- Toxiques : Expérience ancienne THC
- Violences : RAS



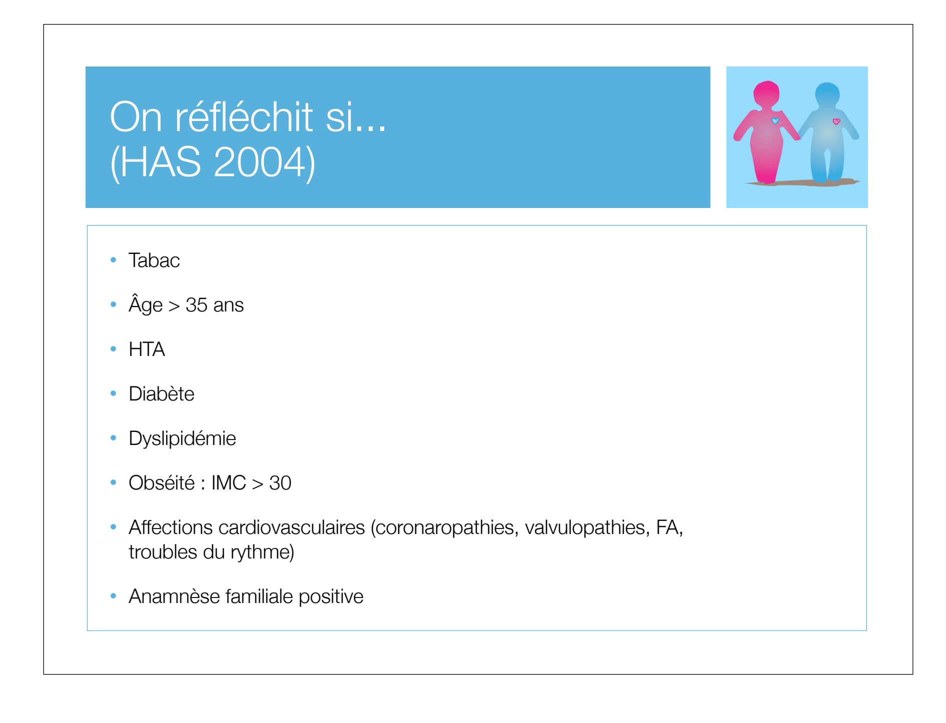




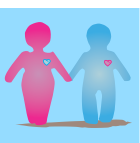

Prévalence
prévalence ajustée (%)
20
15
10
5
0
< 25
25 - 34
35 - 49
50 - 64
> 64
Classes d'âge (années)
hommes
femmes
Neurology 2002 ; 232-237


Migraine avec aura
Ischémie cérébrale
Pas de différence génération
OR ≈ 3 si ≥ 50 µg
OR ≈ 2 si < 50 µg
OR ≈ 1 progestatif
=> CI absolue
Risque /100 000
18
14
9
5
0
3
9
18
Spontané
Mig. Aura
MA + EP
Etminan et col., 2005


Effets migraine +
CONTRACEPTION

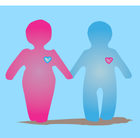

On réfléchit si...
(HAS 2004)
Tabac
Âge > 35 ans
HTA
Diabète
Dyslipidémie
Obséité : IMC > 30
Affections cardiovasculaires (coronaropathies, valvulopathies, FA, troubles du rythme)
Anamnèse familiale positive

Attention



- L'apparition ou la modification des céphalées doit être explorée.
- Sous progestatifs injectables, il y a des majorations des céphalées.

OMS céphalées

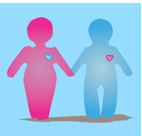


	Hors migraine	Mig < 35 ans	Mig ≥ 35 ans	Mig + aura
Oestro-progestatifs (tous)	I = 1 C = 2	I = 2 C = 3	I = 3 C = 4	4
Progestatifs oraux	1	I = 1 C = 2	I = 1 C = 2	I = 2 C = 3
Implants	1	2	2	I = 2 C = 3
CIU Cuivre	1	1	1	1
CIU Mirena®	1	2	2	I = 2 C = 3

Cas 2 — Question

Quel est l'impact de ses antécédents thrombo-emboliques familiaux dans notre stratégie contraceptive ?

LES COP augmentent le risque veineux



- Quelle que soit la voie d'administration (cp, patch, anneau)
- Quelle que soit la dose d'œstrogène
    - Risque plus élevé avec les doses d'éthinyl-œstradiol > 30µg,
    - Insuffisamment évalué avec 15-20 µg.
- Le risque existe probablement aussi avec l'œstradiol per os
- Quel que soit le progestatif : 2e, 3e génération...

Consensus SFE 2010

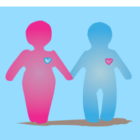
Le risque est majoré...



- Après 40 ans,
- En cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse
- En cas de thrombophilie : héréditaire ou acquise (SAPL)
- Lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque : obésité, post-partum, chirurgie, immobilisation, long voyage

Consensus SFE 2010

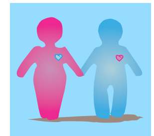
On recherche une thrombophilie si...



- Antécédent familial avant 60 ans :
  - TQ, TCA
  - AT, PC, PS, Facteur V Leiden, Prothrombine (FII) 20 210A
- En cas d'antécédent personnel : ajouter
  - NF Plaquettes
  - ACC et anticorps anticardiolipine et anti-β2 GP1

Consensus SFE 2010

OMS Thrombose



	Antécédent	En cours	Sous anticoagulant	ATCD fam.
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	2
Progestatifs oraux	2	3	2	1
Implants	2	3	2	1
CIU Cuivre	1	1	1	1
CIU Mirena°	2	3	2	1



HAS Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	3	3	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	4	4	3	2
Progestatifs oraux	3	3	1	1	1	1
Implants	3	3	1	1	1	1
CIU Cuivre	1	3	3	1	1	1
CIU Mirena°	3	3	3	2	1	1

HAS Hors Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	2	2	2	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	3	3	2	2
Progestatifs oraux	3	3	1	1	1	1
Implants	3	3	1	1	1	1
CIU Cuivre	1	3	3	1	1	1
CIU Mirena°	3	3	3	1	1	1



40 ans

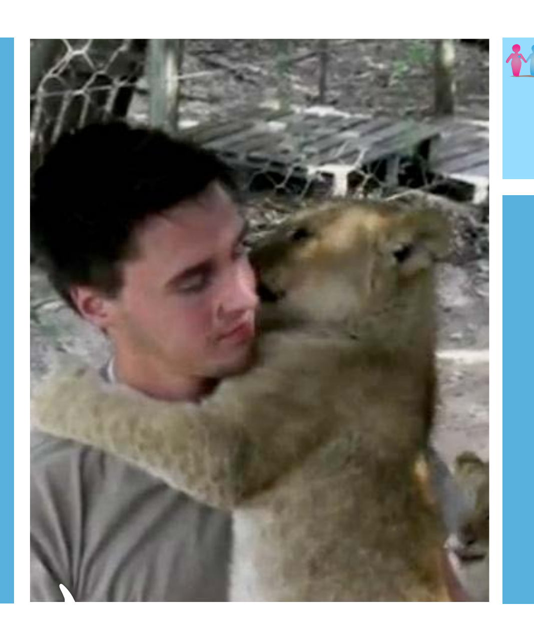
Réévaluer le rapport bénéfice-risque

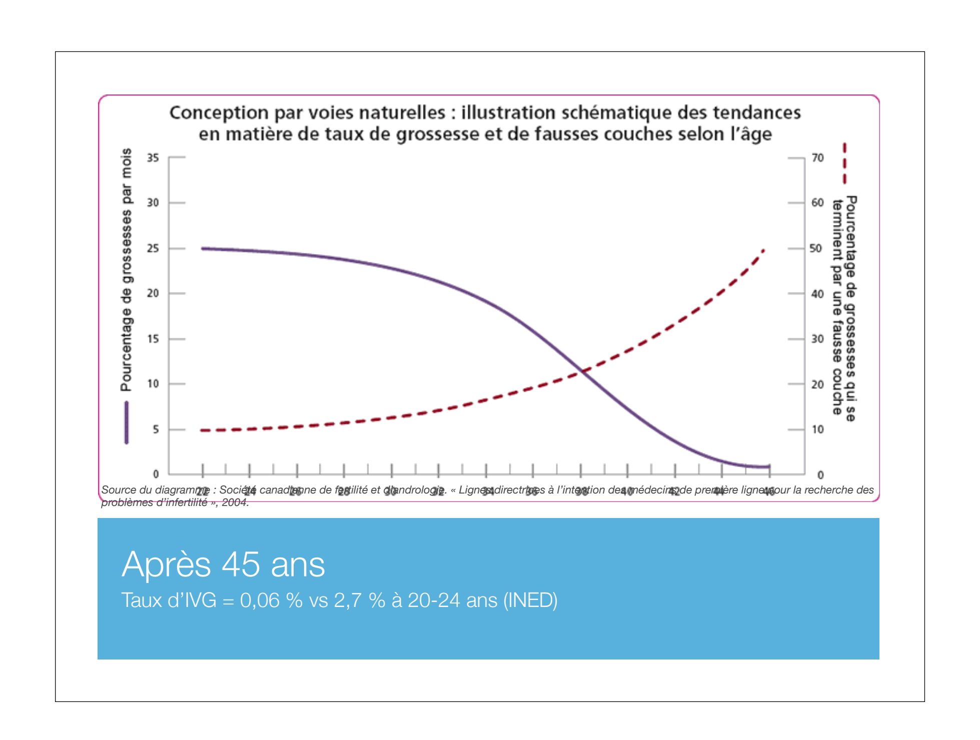
Mme Luiçotte de Su

42 ans, G2P2. A la «pilule» depuis toujours.

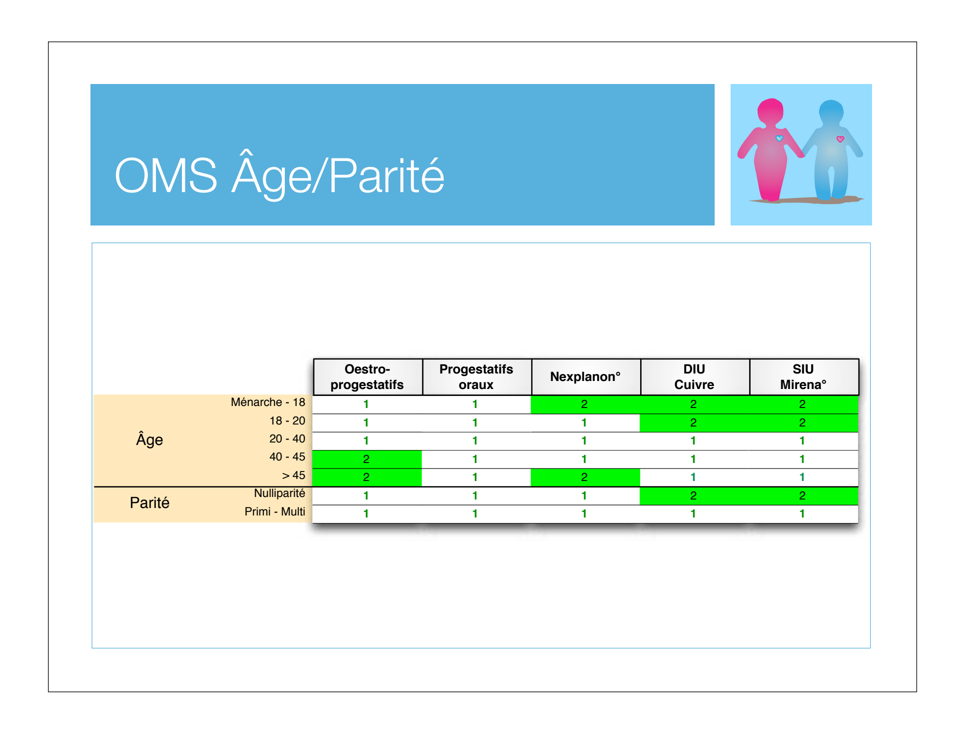
Plus de désir de grossesse. Actuellement avec Benjamin, 21 ans.

Voudrait arrêter la contraception

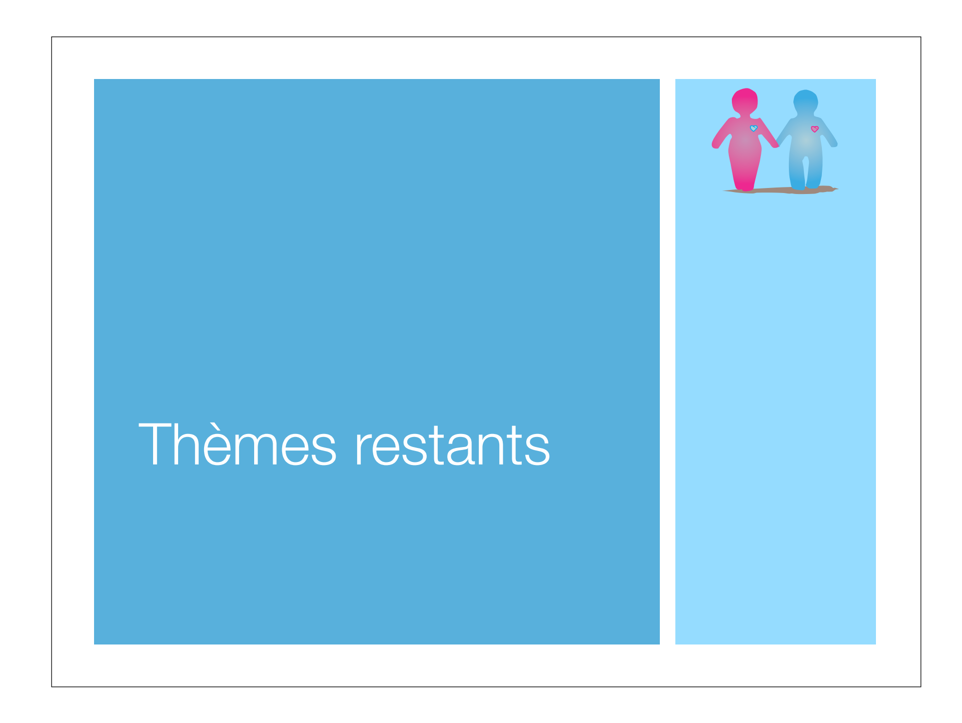


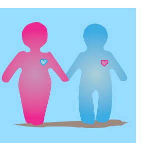






		Oestro-progestatifs	Progestatifs oraux	Nexplanon°	DIU Cuivre	SIU Mirena°
Âge	Ménarche - 18	1	1	2	2	2
	18 - 20	1	1	1	2	2
	20 - 40	1	1	1	1	1
	40 - 45	2	1	1	1	1
	> 45	2	1	2	1	1
Parité	Nulliparité	1	1	1	2	2
	Primi - Multi	1	1	1	1	1





- Pose dIU: l'hystérometrie est-elle indispensable ? les spasmes du col ?
- Outils pratiques pour une cs gynéco.
- Col lesion bas grade pendant la grossesse CAT ?
- Vaccination anti HPV et jeune fille
- Limite SF et suivi gynéco
- 1ere contraception chez l'ado
- Metrorragies sous OP

Merci…
www.formagyn.com

